主编: 刘建宏

DRUG CONTROL IN CHINA AND IN THE WORLD

新禁毒全书

（第三卷）

中国吸毒违法行为的预防及矫治

DRUG ABUSE,PREVENTION AND TREATMENT IN CHINA

人民出版社

DRUG CONTROL

IN CHINA

AND IN THE WORLD

新禁毒全书

（第三卷）


ISBN 978-7-01-012113-0

定价：76.00元

学术顾问：李昌钰　付子堂



中国吸毒违法行为的预防及矫治

DRUG ABUSE PREVENTION AND TREATMENT IN CHINA

主　编：刘建宏
副主编：黄开诚　贡丽莉　林洁莹

人民出版社

责任编辑:李媛媛
装帧设计:周涛勇
责任校对:张　红

图书在版编目(CIP)数据

中国吸毒违法行为的预防及矫治/刘建宏 主编. -北京:人民出版社,2014.3
(新禁毒全书)
ISBN 978-7-01-012113-0

Ⅰ.①中…　Ⅱ.①刘…　Ⅲ.①戒毒-工作-中国　Ⅳ.①D669.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 101822 号

中国吸毒违法行为的预防及矫治
ZHONGGUO XIDU WEIFA XINGWEI DE YUFANG JI JIAOZHI

刘建宏　主编

人民出版社 出版发行
(100706　北京市东城区隆福寺街 99 号)

北京中科印刷有限公司印刷　新华书店经销

2014 年 3 月第 1 版　2014 年 3 月北京第 1 次印刷
开本:710 毫米×1000 毫米 1/16　印张:30.75
字数:466 千字

ISBN 978-7-01-012113-0　定价:76.00 元

邮购地址 100706　北京市东城区隆福寺街 99 号
人民东方图书销售中心　电话 (010)65250042　65289539

第三卷作者名单

第一章　任海涛

第二章　张义荣

第三章　蒋凌月

第四章　王利荣　张　晴　梁晋云　李紫媚　熊海燕
　　　　张居自　周愫娴

第五章　丁曾波　薛丽芬　李紫媚　熊海燕　周愫娴

第六章　阮惠风　王建伟　房红

序

由刘建宏教授主编的宏篇巨作《新禁毒全书》即将出版,值得祝贺。本书是继1998年《禁毒全书》出版之后中国大陆最为全面的介绍和总结大中华区域毒品问题的最新状况和法律规范的呕心沥血之作,相信必将在学术界和实务界产生强烈而深远的影响。

有识之士早已认识到毒品滥用以及毒品犯罪对于个人、家庭乃至国家的危害。远在1838年,林则徐、黄爵滋两位清朝大臣在上奏给道光皇帝的奏疏中的见识至今仍振聋发聩。"今则蔓延中国,横被海内,槁人形骸,蛊人心志,丧人身家,实生民以来未有之大患,其祸烈于洪水猛兽。""烟不禁绝,国日贫,民日弱。十余年后,岂惟无可筹之饷,抑且无可用之兵。"果不其然,"东亚病夫"之蔑称以及两次"鸦片战争"之惨败成为中华民族近代史上的耻辱印记。

如今,毒品种类之繁多、祸害之危重更甚于一百余年之前的鸦片;毒品与犯罪之间盘根错节的关联亦被犯罪学经验研究反复证实。尽管中国大陆在1949年之后的近三十年里采取的严厉措施禁绝了包括鸦片在内的各种传统毒品,获得了"无毒之国"的赞誉,如今却已时过境迁,不可复制。自20世纪80年代以后,中国大陆对外开放的程度日益扩大,经济突飞猛进,社会日新月异;与此同时,毒品问题沉渣泛起,中国大陆再次沦为毒品滥用和毒品走私的受害者;此外,由于中国大陆毗邻"金三角"和"金新月"毒源地的特殊地理位置,业已成为世界范围内毒品走私网络中的重要过境地区。各种新型的半合成、合成毒品在中国大陆的生产、走私和销售的形势逼人。更为严重的是,毒品犯罪已经日益呈现出组织化、国际化的态势,特别是毒品的生产和走私与

国际恐怖主义组织建立了千丝万缕的联系。在这种情况下，再想仅凭一国之力禁绝毒品几无可能。因此，加强国际合作，共同打击毒品走私犯罪，采取综合措施，从根本上治理周边国家和地区的毒品泛滥问题就成为了中国大陆政府的必然选择。此时，无论从学术研究还是从实务工作角度来说，及时并全面地介绍和总结世界范围内毒品问题的发展态势、法律规范以及治理经验就成为了十分必要和重要的基础工作。过去的三十多年间，中国政府不断强化严厉禁毒的国家意志，禁毒工作取得显著成就，但是世界范围内毒品犯罪泛滥的态势并未根本性扭转；在这种国际背景下，毒品在中国的渗透蔓延态势仍将持续较长时间，禁毒工作任重道远。从每年的禁毒报告披露的统计数据可以看出，毒品滥用和毒品犯罪问题仍然十分突出。

可喜的是，大中华地区两岸三地及国际上的华裔学者在禁毒研究方面已经进行了大量的有益探索，《新禁毒全书》则是这些探索的集中体现。该书的特点在书名中已充分体现，既“新”且“全”。该丛书涵盖了最近二十余年来中国大陆、港澳台地区以及欧洲、美洲、亚洲、澳洲、非洲的毒品问题总体现状和特点，重点介绍了大中华地区治理毒品犯罪的最新法律规范和实务工作，以翔实数据和深刻分析总结了各国治理毒品问题的基本经验和教训，足以为理论研究和实务工作提供可靠参考。该书的编者们将中国的毒品犯罪以及毒品滥用问题置于全球视角之下，跨越了侦查学、犯罪学、社会学、刑法学等诸多学科之间的壁垒，以宽阔的国际视野和深厚的学术功力整编了中外毒品犯罪研究和实务工作的最新成果，逻辑清晰，层次分明，有理有据，繁简得当，诚为不可多见之精品。

该书六卷巨著，洋洋百万言，编辑之艰，个中甘苦，可想而知。刘教授率一众青年才俊历经三载，终于得偿心愿，可喜可贺。刘教授嘱我作序，欣然为之。

是为序。

李昌钰

Henry Lee

开篇的话

毒品问题是当今人类社会面临的一个严峻挑战，由于其后果严重、影响广泛，这一问题已成为各国政府及国际组织包括联合国、世界经济论坛等高度重视的重大课题。几十年来，尽管各国政府对于毒品问题在需求与供给两方面都提出并采用了多种政策，但全球禁毒形势仍然十分严峻。联合国毒品与犯罪办公室2011年的最新年度报告显示，全球每年约有21亿吸毒者，其中200万人死于毒品。在毒品供应方面，非法毒源地对罂粟和古柯的种植近十年来虽在一小部分国家得到了有效的遏制，但海洛因、可卡因等经合成提炼而成的毒制品的制造量依然维持在较高的水平。总体上看，从1998年到2009年的十余年间，全球鸦片类制品产量上升了约80%。同时，可卡因市场同样也经历了类似的扩张。10年前，欧洲的可卡因市场仅是北美市场的四分之一，如今欧洲的可卡因市场已达到330亿美元，对比北美市场为370亿美元，二者几乎已并驾齐驱。资料表明，在连接毒品供应和消费的贩运环节，带有跨国性质的犯罪集团的大量参与已成趋势，他们逐步形成跨国乃至全球性的贩毒网络，跨越各大洲、各大洋进行毒品买卖，这即意味着巨额的财产将因此而损失，各国的安全与稳定也将愈受威胁。在一些国家和地区，毒品贸易的利润已远远超过整个国家的经济规模。此外，在毒贩巨额金钱的诱惑下，还滋生了大量贪污腐败问题，近年来，此类案件在许多国家已屡见不鲜。与此同时，毒品问题也导致了越来越多的暴力、非法武器贩运以及恐怖组织犯罪等其他类型的有组织犯罪的产生。面对如此骇人的后果，世界各国尤其是发展中国家都应该、也必须针对毒品的预防与治疗积极探索相应的对策，提升禁毒工作的关注度和支持度。

在我国，自19世纪40年代的鸦片战争开始，毒品的滥用不仅引发了

各种严重的社会问题，更成为束缚中国社会发展的羁绊。直到1949年中华人民共和国成立以后，中国社会才在整体上摆脱了毒品的长期困扰。而到了20世纪70年代末期，改革开放带给中国社会前所未有的机遇和挑战，社会经济飞速发展，人民物质文化生活水平显著提高，但与此同时，毒品滥用和与之相关的犯罪又开始在中国大陆死灰复燃。20世纪80年代末，海洛因成为中国在改革开放阶段最早出现并被滥用的毒品。毒品的滥用不仅严重危害了国家的正常社会秩序，同时也严重影响了人民的生活质量，与毒品相关的刑事案件在中国的激增和艾滋病的滋生蔓延即是最直接的恶果。

据《2012年中国禁毒报告》的统计数字显示，全国登记备案的179.4万毒品使用人群中，海洛因的使用者虽仍占绝大多数(64.5%)，但滥用合成毒品的人数也已达到了58.7万(32.7%)。自该类毒品在20世纪90年代开始在中国大陆出现以来，使用者的数量一直呈现上升趋势，且由于合成毒品广受新加入吸毒行业的青少年的青睐，这种上涨速度尤其惊人。因此，市场对合成类毒品需求的日益增长使得这类毒品的滥用已经开始超越自20世纪80年代末以来一直在毒品市场上独占鳌头的海洛因。鉴于合成毒品在市场上种类的多样化和不断地推陈出新，加上对其的需求已从大城市向中小城市以及农村发展蔓延，并广泛扩展到社会生活的各个角落，中国社会在与毒品搏击这场没有硝烟的战争中，无疑面临着一个全新的挑战。这套《新禁毒全书》正是在这样的历史条件下应运而生的。

我国的第一部《禁毒全书》由赵长青教授主编，于1998年出版。该书作为新中国成立之后第一部全面、系统地介绍毒品滥用和相关犯罪问题的学术专著，对毒品的种类和毒品的滥用、中国的禁毒历史与现状、毒品犯罪的惩治以及毒品犯罪的查处和禁毒法律法规，做了翔实的阐述。《禁毒全书》在我国禁毒研究史上有着十分重要的地位和学术价值。该书曾被江泽民主席作为国家礼品赠送给联合国禁毒署。十五年过去了，伴随着国内经济和文化的发展，以及对毒品潜在需求的扩大和毒品种类所呈现出的多样性特点，毒品问题在中国社会已变得日趋复杂化，单一的海洛因滥用问题亦开始逐渐演变为海洛因与多种合成毒品共同分享毒品市场的局面。面对这些变化，学术界对毒品问题的研究亟待与中国社会的现实发展相同步，从理

论和实践两方面进行与时俱进、广泛深入的研究与探索。因此,在《新禁毒全书》编撰过程中,我们对于整体框架的构筑和编排,不仅力求反映毒品问题在改革开放之后的中国社会所呈现的整体形态,同时也着力于研究毒品问题在中国的出现、演变和发展的最新态势。

西南政法大学毒品犯罪与对策研究中心组织了这套书的编撰。今天,历经三年多的酝酿和作者们的努力,我们非常欣喜地看到《新禁毒全书》终于要和广大读者见面了。这部《新禁毒全书》聚集了大陆、港澳台及海外长期致力于大中华地区毒品问题研究的著名团队、专家、教授和学者们进行编撰。北京大学的陆林教授,中国公安大学的王大为教授,云南警官学院的梁晋云教授、张义荣教授,天津社会科学院的刘晓梅教授,台湾中正大学的杨士隆教授,台北大学的周淑娴教授,香港中文大学的钟华教授,香港城市大学的李子媚教授等和他们的团队贡献了在禁毒方面的最新研究成果。可以说这些研究成果代表了目前大中华地区禁毒研究领域的最高水平。在全书的编撰体系上,每一卷书的主要章节在围绕探讨大陆毒品问题的同时,对港澳台地区在同类问题上的发展态势、立法与司法实践加以相应的阐述。因此,这部禁毒全书是新中国成立之后,两岸三地间开展的对毒品滥用和毒品犯罪相关问题进行的最广泛、深入和持久的一场讨论。同时,也是在借鉴西方有关毒品犯罪理论的基础上,对包括大陆、港澳台在内的大中华文化圈的禁毒理论研究进行的一次具有开拓意义的探索。本书的出版势必对大中华文化圈的禁毒问题研究产生深刻而广泛的影响,同时也会对海外致力于该研究领域的学者起到比较全面、系统的参考作用。

这部新的禁毒全书的学术价值还体现在它所涵盖的内容更加广泛,选题上更加周密和审慎。不仅着眼于对毒品方面的理论问题的深入探索,以及对西方国家在禁毒方面的理论和最新研究成果的介绍,同时也致力于在中国社会的现实国情之下探索具有中国特色的禁毒之路。《新禁毒全书》共六卷,每一卷不仅在体系设计上更加缜密,同时对所涵盖的议题的探讨也更为广泛和深入。与国内学术界现有的禁毒方面的著述相比,这部全书无论在内容上还是所使用的研究方法上,都具有开拓性和前瞻性。它将是研究大陆和港澳台在禁毒方面成果的一部完整的工具书,不仅将填补大中华文化圈多年来在这个领域研究的空白,也势必对大陆和港澳台毒品问题的

理论研究和司法实践产生重要的指导、参考作用。

当今世界，毒品已经不仅是困扰单独某一个国家和民族的问题，因此，任何试图从深层次去理解中国所面临的毒品问题的尝试，都必须首先对世界范围内的毒品发展态势有一个较为明晰的认识。从这一基点出发，《新禁毒全书》开篇的第一卷《全球化视角下的毒品问题》，重在介绍两个方面的核心内容，即在全球化趋势影响下，毒品在世界五大洲的种植、生产、制造、走私和贩运，以及由此而产生的全球范围内毒品滥用的问题。具言之，本卷从毒品的生产、制造源头入手，对全球毒品犯罪现状和特点进行剖析，在介绍全球毒品滥用形势的基础上，对中国的毒品滥用问题进行了有针对性的分析。鉴于理论对毒品问题研究的重要指导意义，本卷对西方国家关于毒品吸食成瘾问题研究的主要理论亦给予详尽的介绍。

对于毒品问题的研究而言，毒品的滥用和与之相关的毒品犯罪问题一直是研究的重心所在。继第一卷《全球化视角下的毒品问题》对于毒品滥用问题的讨论之后，本书的第二卷《中国毒品犯罪及反制》对毒品犯罪现状、特点以及犯罪原因加以分析，并将研究的重点放在对毒品犯罪的惩治上。本卷的具体内容可以概括为如下几个部分：毒品犯罪在法律上的界定、各种毒品犯罪应当承担的相应的刑事责任、毒品案件的侦查（毒品的检测和鉴定）、毒品案件的刑事管辖以及证据的使用与诉讼程序。此外，本卷还就中国大陆关于毒品犯罪刑罚适用的几个备受关注的问题，如毒品犯罪中毒品数量的计算及纯度折算问题、毒品犯罪中财产刑的适用及毒品犯罪中死刑的适用等问题进行了深入探讨。

毒品滥用所造成的社会危害是不可估量的。毒品危害的不仅是毒品滥用者本人，还包括其家人乃至社会。研究毒品问题的最终目的，在于探索如何有效地降低和防止由毒品滥用行为对社会和个人所造成的危害。因此，本书的第三卷《中国吸毒违法行为的预防及矫治》集中研究减少毒品需求的政策，重在探讨对吸毒违法行为的预防及矫治措施。本卷从对吸毒行为的法律界定入手，对大陆和港澳台毒品吸食者（初次吸毒者和吸食成瘾者）的现状、特点和使用毒品的成因做深入的分析，不仅对具有中国特色的戒毒模式、社区戒毒、医疗戒毒和强制戒毒做了较为详尽的阐述，而且对港澳台的戒毒措施也予以相应的介绍。此外，对大陆及港澳台在吸毒预防方面的

举措,如完善吸毒人员动态管控机制建设和深化“无毒社区”创建活动等亦有进一步的论述。在本卷的最后,除了对大陆的禁吸戒毒的成功经验及教训加以评析外,还对中国禁吸戒毒研究的成果加以综述。

国内毒品问题研究传统上重视毒品案例分析,《新禁毒全书》第四卷《中国禁毒典型案例评析》承接了这一传统,集中进行典型案例分析。该卷汇集整理了自1979年中华人民共和国刑法颁布以来,涉及毒品犯罪的最具有代表性的一些案例。该卷对所引用的案例依其涉及的刑法条款内容分属刑罚总则或分则的不同加以分类讨论。其中涉及总则的疑难案例18个,涉及分则的疑难案例40个。可以说,这些案例涉及了处理毒品犯罪案件方方面面的内容,必将对司法实践中处理一些复杂毒品案件起到抛砖引玉的作用。

禁毒立法是治理一个国家毒品滥用和毒品犯罪问题的最根本的手段。抛开国家的现行立法来讨论禁毒理论和政策的尝试,都势必是无源之水、无本之木。为了更全面地展现我国的禁毒立法在新中国成立以后的制定和发展,本书第五卷《中国禁毒法律通览》收录了中国自1949年新中国成立以来所颁布的主要禁毒法律、法规、规章、规范性文件以及司法解释,对中国的禁毒法律法规体系进行了详细而有层次的梳理,为禁毒研究工作和实践提供了一部方便的总揽性工具书。

为了更深入地了解世界上其他主要国家的禁毒立法现状,本书第六卷《外国禁毒法律概览》对欧洲、美洲、澳洲主要国家,包括美国、英国、加拿大、澳大利亚、新西兰、荷兰、瑞典等国的禁毒立法体系、立法机构和立法内容做了介绍和评析,从而为中国学者进一步了解西方的禁毒立法提供了一个宝贵的资源。

中国社会在历史上饱受鸦片问题的困扰长达世纪之久,但1949年新中国成立之后,很短的时间内就在全国范围内基本肃清了毒品的滥用,可以说创造了一个人类禁毒史上的奇迹。而在改革开放之后的今天,当毒品再次侵袭这个有着五千年文明历史的中华大地之时,我们是否还能够创造又一个禁毒奇迹,这是一个非常令人深思的问题。从欧美主要发达国家的禁毒发展史看,禁毒是一项非常艰巨而又复杂的社会工程,纵有巨额的经费投入做支撑,单靠法律的调控所能起的作用也是非常有限的。那么,在中国当今

的社会政治、经济条件下，究竟如何再次探寻一条具有中国特色且行之有效的禁毒之路？希望这部《新禁毒全书》的出版，能够带给我们一些启迪。

刘建宏

2013年9月30日于宝圣湖畔

目　　录

第一章　吸毒概述

第一节　吸毒的概念

吸毒是当今世界最复杂的社会问题之一。吸食、注射毒品不仅仅损害毒品消费者自身的身体健康，而且诱发其他的违法犯罪行为，危害社会治安，败坏社会风尚，给家庭、社会、国家带来一系列问题。因此各国政府对吸毒都设有一套防范、控制、矫正措施。

要对吸毒违法行为及其预防与矫治进行研究，首先就要对吸毒的概念进行分析。

一、中国大陆关于吸毒的概念

吸毒首先是一种行为。一般而言，吸毒是我国相关领域对滥用被国家法律管制的麻醉药品和精神药品行为的一般性称谓，对于这些相关药品的滥用，现在也往往被称为药物滥用。所谓滥用，指的是在没有相关医疗必要的情况下，胡乱地、无节制地或者说过度地适用精神类、麻醉类药品。这种行为往往是非医疗用途的、强迫性的连续或者定期使用毒品。

但吸毒又并不仅仅是一种普通意义上的行为。因为普通意义上的行为，都是受到行为人自由意志控制的，能够自由选择的结果。但当人一旦吸食毒品成瘾之后，如果没有吸食毒品，则痛苦难当，而这种成瘾之后在身体和心理上对毒品的强烈的依赖性，则能够打破常人的自由意志以及对自己行为的控制能力。因此有学者认为，吸毒也是一种特殊的烈性传染病。因为吸毒同样具备了一切传染病多具有的三个环节性要素：传染源、传播途径和易感染人群。由于吸毒主要是有贩毒者利用人们好奇、解除痛苦、刺激性

欲等心理，来诱惑和影响从而达到迅速传播的目的，并且从这种观点出发，提出了像对待其他传染病一样的预防吸毒的措施。

除此之外，因为吸毒不仅仅严重损害吸毒者本人的身体健康，而且给全社会带来无穷的祸害，所以吸毒也是一个社会问题。对于吸毒的研究也必须包括复杂的社会原因和个体因素，以及因为吸毒而导致的违法犯罪问题，吸毒在社会人力资源、公共健康等领域引发的问题等。比如 1997 年我国登记在册的 54 万吸毒者分布在全国的 1, 972 个县市，其中吸毒人员百人以上的有 720 多个县市，登记注册的吸毒人员千人以上的有 140 多个县市。吸毒人员中，70%以上都是青少年，这对社会的人力资源和教育体制都是严重的损害。而且吸毒人员通过共用注射器、卖淫等行为传播艾滋病和性病。吸毒还诱发了大量的刑事案件和治安案件，严重影响社会治安和人民群众的生活安宁。根据昆明市戒毒所有关资料显示，在该所收戒过的戒毒人员中，80%以上都有程度不同的违法犯罪行为。

吸毒现象并不是伴随着毒品的出现而产生的，而是一个历史过程。因此，吸毒也可以算是一种历史产生的负面文化现象。尽管鸦片、大麻、古柯叶及其他能够引起神经特殊效能的有机物被人所知已经有几千年的历史，但这些有毒物质的大量使用，特别是用于消遣娱乐的时间还是比较晚的，仅仅距今两个多世纪左右。吸毒问题显现为一种社会问题大约是在 18 世纪中后期。最初，吸毒主要是对鸦片的滥用，滥用的范围主要是在亚洲地区。此后随着鸦片衍生物吗啡、海洛因等的问世，毒品种类增多，流行范围也日益扩大，从而使得毒品问题复杂化。20 世纪，特别是近 30 年来，毒品问题已经从原来的孤立状态演变成当前的全球化状态。目前世界上至少有 3, 000 万人在滥用安非他命类药物，其中多为年轻人。以德国为例，德国在 20 世纪 60 年代末还没有吸毒人数的统计，而今天吸毒已经成为该国的第一大社会问题。至 1990 年，全国有 310 人吸食大麻，10 万人使用海洛因，全国吸毒者的平均年龄为 22 岁。

而中国从明朝末年实际上就有人开始吸毒，但当时吸毒并没有发展成为一种社会现象。到了 1710 年左右，清政府实施海禁开放政策，吸食鸦片的现象伴随着贸易的频繁往来同时传入中国，也就是从这一时期开始，吸毒开始成为一种社会现象，在我国的东南沿海漳州、泉州、厦门以及台湾等地

区出现。此后随着鸦片走私行为的猖獗以及政府的无能,外国鸦片大量进入中国,吸毒现象也随之越演越烈。鸦片战争后,清政府对鸦片实施了弛禁政策,因此吸食鸦片的人数更是越来越多。此后各个历史时期的政府都采取了相应的禁毒政策,但是并没有彻底根除吸毒现象。

据初步统计,在1949年新中国成立之时,全国约有2,000万名吸食鸦片者,占当时人口的4.4%。针对当时的情况,新中国政府采取了有力的禁毒措施,到1952年根除毒品,成了真正的"无毒国",并且一直维持到70年代末。然而,随着80年代国门的开放,特别是因为我国所处的与毒品主要产地比邻的特殊地理位置,使吸毒现象又悄悄地死灰复燃,逐年上升。

因此,吸毒并不仅仅是个人的某种行为,而且是具有某种传染病特征的、不受吸毒者自由控制的病态行为。此外,吸毒也并不仅仅是个人的问题,而是由于其传播性,在某个历史时期出现的、发展变化着的严重社会问题、地区问题、国家问题甚至是全球问题。

所以吸毒的概念可以定义为:吸毒指的是并非以医疗目的或者科研目的,通过吸食、注射等方式,违法滥用国家禁止的精神类药品或者麻醉类药品的行为以及由此形成的社会病态现象。

根据这一概念,认定行为人的行为是吸毒行为,必须具备以下三个特征:首先,在主观方面,行为人必须有吸毒的故意。即行为人必须认识到所要吸食、注射的是鸦片、海洛因、吗啡、可卡因等毒品,并在吸食、注射毒品的主观故意状态下而自觉自愿地予以吸食、注射。至于行为人是出自何动机,如是出于好奇,还是因为苦闷、寂寞,或者是想"显派"等等,均在所不问。因过失而吸毒,或者违背自己意志而吸毒的,则不能认定为吸毒。比如行为人不知是毒品而误食,或者被强迫而吸食、注射,就不能以吸毒论处。其次,在客观方面,行为人必须实施吸毒的行为。所谓吸食,是指直接用口、鼻或者通过器具呼吸、食用毒品所散发的烟雾,或者直接吞服或咀嚼毒品的行为。所谓注射,是指把毒品注射剂吸进针管而注入体内(包括皮下、肌肉或静脉)的行为,或者用器械划破皮肤把毒品敷在伤口处以使毒品侵入体内的行为。在实践中,吸食、注射毒品的方式是多种多样的。比如,吸鸦片烟的人,先把鸦片搓成小丸或小条,在火上烤软后,塞进烟枪的烟锅里。烟团塞进烟锅后,吸烟人翻转烟锅对准火苗,吸燃烧产生的烟雾。有些烟瘾大的

人，甚至用刀割破自己的皮肤甚至静脉，直接把鸦片烤软后敷在伤口上。吸用海洛因的人，其使用方式有口服、注射、鼻嗅等多种。有的把海洛因掺入香烟里予以吸食。一些成瘾者还常用针刺破四肢的任何一个部位，用粉末在伤口上摩擦。吗啡的使用方式有口服和注射两种，尤以注射为主。大麻的使用方式主要是把大麻粉末掺入面团或米内制成某种菜肴而食用，或者把大麻制成注射剂予以注射。在这里需指出的是，行为人所吸食、注射的必须是毒品，即其吸食、注射的必须是《关于禁毒的决定》第1条所规定的“鸦片、海洛因、吗啡、大麻、可卡因以及国务院规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品”。如果行为人所吸食、注射的是上述药品以外的药品则不能认定为吸毒行为。再次，行为人必须已经吸毒。如果行为人在吸食、注射毒品之前即被查获，就不能认定为吸毒行为，而应以非法持有毒品定性。如果行为人正在吸食、注射毒品，比如把毒品化作液体吸入针管往体内注射时而被查获，就应认定为吸毒行为，以吸毒论处。[1]

二、中国港、澳、台地区关于吸毒的概念

（一）香港地区关于吸毒的概念

根据香港禁毒常务委员会的报告，2010年被呈报的整体吸毒人数及二十一岁以下吸毒人数分别为12,420人和2,753人，首次被呈报的吸毒者人数为3,719人，其中，吸食危害精神毒品人数7,561人，高于吸食麻醉镇痛剂的人数6,202人。海洛因仍是被呈报的吸毒者中最常被吸食的毒品，被呈报的吸食海洛因人数为6,191人。氯胺酮（俗称“K仔”）也是常见的被吸食毒品，被呈报吸食氯胺酮的人数为4,473人，当中49%的吸食者是二十一岁以下的年轻人。[2]

香港刑法中用于规范毒品犯罪的成文法，主要有《危险药物条例》、《贩毒（追讨得益）条例》以及《有组织及严重罪行条例》、《化学品管制条例》等。《危险药物条例》于1969年1月17日，由香港政府以1969年第6号法

[1] 《吸毒概述》，http://www.39.net/HotSpecial/ssjd/xd/76255.html，访问时间：2010年10月15日。

[2] 《二〇一〇年吸毒情况改善，禁毒工作喜见成果》，http://www.nd.gov.hk/sc/whatnews.htm，访问时间：2010年10月12日。

律公告施行。由58条及7个附表组成,从1969年至今,历经数次修改,最近一次修改为2005年12月23日,大量的修改则发生于1997—1998年间,尤其以1997年的修改为最甚。《危险药物条例》是目前香港司法机关处理毒品问题包括毒品犯罪的主要法律依据。从法律性质上分析,《危险药物条例》既有行政法律规范,也有刑事法律规范,甚至同一法律条文中两种规范并存。该条例在附表一中就危险药物的种类做了细致的明确规定,如美沙多、乙环利定等共计100余种。

根据香港禁毒处的认定,吸食毒品人士是指不论服食次数,在过去四星期内曾经服食危害或可能危害个人身体、精神健康或其家庭和社会关系的物质的人士,而剂量或服食期超过正常的治疗剂量或服食期。酒精及烟草不被列作吸食毒品。❶

(二)澳门地区关于吸毒的概念

葡萄牙是联合国《1961年麻醉品单一公约》及其1971年之附加议定书、《1971年精神药物公约》两个公约的缔约国,因此,澳门地区关于毒品的概念与世界上大多数国家和地区一样,即指麻醉药品和精神药物。1991年1月28日澳门第5/91/M号法令《关于将贩卖及使用麻醉药品及精神药品视为刑事行为以及提倡反吸毒措施事宜》开宗明义地指出:“在该打击工作方面,毫无疑问必须一提的是,在联合国组织范围内所缔结与该方面有关之国际公约:1961年关于麻醉品单一公约及其1972年之附加议定书,以及1971年关于精神科物质公约。”该法令第三条规定:“第一,所有受澳门地区现行关于麻醉品及精神科物质之公约,及有关修改所管制之物质或其制剂,以及其他本法规附表所包括之物质,均视为毒品。第二,物质及制剂是按其潜在之致命力,滥用征状之强烈程度,禁戒之危险性以及对其产生依赖之程度而分列于第二条所指之各表中。第三,其他物质或制剂,本身虽不显示有对其产生依赖之危险,然可被用作不法制造麻醉品,或与本身显示有对其产生依赖之危险之物质或制剂具有类似用途者,均得包括于表内。第四,表一及表二载有不论在1961年关于麻醉品公约,或在1971年关于精神科物质

❶ 《吸食毒品者的定义》,http://www.nd.gov.hk/sc/crda_background.htm,访问时间:2010年10月18日。

公约中一般均有指出之物质,并分别包括前一个公约之表一、表二及表四,与后一个公约之表一、表二及表三。第五,表二及表四分别相当于关于麻醉品公约之表三,及关于精神科物质公约之表四。"该法令第 4 条对毒品种类做了具体规定:(1)麻醉药品:"一、表一 A 包括鸦片及其他可获得天然鸦片酶之混合物,该等天然鸦片酶是从罂粟(PAPAVER SONNIFERUM)中提取的;可从罂粟中提取的,且具有麻醉及镇痛效力之生物酶;透过化学方法从上述产物获得之物质;透过合成程序获得的,且不论在化学结构方面或效力方面均与上述鸦片酶相似之物质;以及极可能用作合成鸦片酶之媒介产物。表一 B 包括古柯业及可从古柯业提取的,且具有刺激中枢神经系统效力之生物碱;以及透过化学程序从上述之生物碱获得的,具有类似效力之物质,或透过合成获得的,具有类似效力之物质。表一 C 包括大麻(CANNABIS SATIVA)、其衍生产物,及透过合成方法获得的,且不论在化学结构方面或药力方面均与大麻相似之物质。"(2)精神药物:"二、表二 A 包括可使人产生幻觉,或感官上产生严重错觉之任何天然或合成物质。表二 B 包括具有刺激中枢神经系统效力,属安非他命明显之物质。表二 C 包括能产生短暂作用,迅速被吸收或同化,属巴比通类之物质,及其他非巴比通然属安眠药类之物质。三、表三包括含有编入表一 A 内物质之制剂,如该等制剂根据其成分之质与量及有关使用方法,显示有滥用危险者。四、表四包括已证实具有防癫痫效力及缓慢产生作用之巴比通,以及根据其成分之质与量及有关使用方法,显示有滥用之危险,属抗焦虑药类之物质。五、各表包括之物质更以普通名称及化学名标出。"毒品的种类范围并不是一成不变的。随着某些新型毒品的合成或发现某种药品具有成瘾癖和可能被滥用造成危害的特性,毒品的种类也在不断扩大。有鉴于此,该法令第二条第二款规定:"第一款所指之附表,得由总督透过法令修改之,并必须根据联合国本身机关所核准之修改予以调整。"[1]

(三)台湾地区关于吸毒的概念

在台湾地区,吸毒系指因为使用《毒品危害防制条例》第二条中所明定

---

[1] 赵秉志、吴大华:《澳门地区的毒品犯罪及其惩治防范》,http://www.criminallawbnu.cn/criminal/Info/showpage.asp? pkID=10368,访问时间:2010 年 10 月 18 日。

之使用第一、二级毒品者（毒品危害防制条例第十条、第二十条）及“行政院”依法授权所公告之各项毒品且经观察勒戒后被认定为有继续吸食之虞而被裁定入戒治处所实行强制戒治者的行为。其中，毒品依其成瘾性、滥用性及对社会危害性分为四级，其品项如下：第一级，海洛因、吗啡、鸦片、古柯碱及其相类制品；第二级，罂粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相类制品；第三级，西可巴比妥、异戊巴比妥、纳洛芬及其相类制品；第四级，二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相类制品。前项毒品之分级及品项，由“法务部”会同“行政院卫生署”组成审议委员会，每三个月定期检讨，报由“行政院”公告调整、增减之，并送请“立法院”查照。医药及科学上需用之麻醉药品与制品及影响精神物质与其制品之管理，另以法律定之。《毒品危害防制条例》业经 2003 年 7 月 9 日修正公布，并于 2004 年 1 月 9 日起施行。

第二节　吸毒的特征

吸毒作为一种社会现象具有如下几点特征：(1)吸毒者人群趋于低龄化。仅据全国各地的有关禁、戒毒机构提供的资料表明：青少年组所占比例为 83.6%，年龄较大的往往在农村，而城镇青少年吸毒所占的比例更大，最小的不到 10 岁。(2)吸毒现象从边境向内地、从乡镇向城市扩散。随着国际毒品贩子向我国境内的加紧渗透和国际贩毒通道的开辟，吸毒现象迅速蔓延，在短短十几年里已祸及全国大部分省、市、自治区。(3)毒品从传统鸦片向精品化发展，吸毒方式向注射发展。1982 年主要是鸦片，而到 1998 年吸毒者增加的人数绝大多数是使用吗啡、海洛因。吸食方式从抽带有海洛因的香烟到烫吸毒品至发展到静脉注射。毒品种类由单一吸毒发展为多药滥用，现在更向冰毒、摇头丸等新型毒品发展。(4)复吸率居高不下。约有 70%吸毒者曾戒过毒，但有的地区复吸率高达 98%以上。经过强制戒毒后，复吸率也在 90%以上。在我国一些地方，4 号海洛因成瘾者的复吸率竟达 100%。

同时吸毒作为一种具有社会意义的个人行为，又具有对于个人的损害身体健康的特征和对于社会的危害社会群体的特征。就吸毒的损害个人身体健康这一特征而言，主要表现在如下三个方面：(1)身体依赖性和撤药症状。身体依赖性是指反复吸入毒品使身体机能状态改变，中枢神经系统产

生生理、生化变化,神经细胞适应了药物的存在而产生耐药性。吸毒者必须连续使用毒品,毒品在体内保持一定的浓度以保持身体机能的相对稳定,避免发生撤药综合症的症状。毒品浓度降低,将导致神经细胞的脱抑制现象,出现撤药症状。撤药症状又称戒断症状,由于神经细胞的脱抑制使人体各部分产生难以言表、极其痛苦的症状。撤药症状的出现表明吸毒者对毒品已经形成身体依赖性,俗称"上瘾"。(2)躯体耐药性。吸毒者为了感受和保持吸毒所产生的短期欣快感,不断增加毒品的吸入量,以维持前一次的药效,躯体耐药性的强弱标志着吸毒程度的深浅。(3)心理依赖性。心理依赖性是指吸毒者吸毒后在心理上产生了强烈体验毒品效应的心理愿望。心理依赖比生理依赖强烈得多,在吸食人群中流传着这样的说法:一日吸毒,终生想毒。云南某一戒毒所医生不相信毒品有如此大的"吸引力",就"亲身试毒",结果难以自拔,也变成了戒毒人员中的一员。

就吸毒的危害社会群体的特征而言,主要表现在如下几个方面:(1)毒害家庭。家庭是社会的细胞,吸毒给无数家庭带来不幸与灾难。夫妻一方严重吸毒的,导致不少婚姻死亡,家庭破裂,家庭里有一人吸毒可能会在其影响下,导致其他家庭成员吸毒。(2)未成年人吸毒,更值得引起社会的忧虑。未成年人很容易因吸毒而从事犯罪。未成年人吸毒的费用,有的是偷盗家中财物或欺骗父母得来的,更多的则是从盗窃、抢劫的犯罪中得来。而女孩吸毒其毒资一般都以卖淫换取毒品。(3)吸毒吞噬社会财富。贩卖毒品是高额利润的犯罪活动,吸毒同样是高消费。1997 年登记在册的吸毒者为 54 万人,假定其中 2/3 吸食海洛因,那么每年仅用于海洛因的花销,就需人民币 109.5 亿元,再加上吸食"冰毒"和其他毒品的开销,很可能达到 200 亿。如果按照每个登记在册的吸毒者周围还有 4—5 个隐形吸毒者来计算,那么中国的瘾君子们每年用于吸毒的开销,估计应在人民币 1,000 亿元左右。吸毒,明显给社会带来了巨大的经济损失。(4)吸毒导致犯罪率骤升。吸毒不仅仅是对吸毒者造成肉体和精神上的伤害,使他们陷入解脱不了的痛苦之中,同时,还诱发多种犯罪,从而在更大程度上危害社会和国家。吸毒常常与贩毒、杀人、抢劫、强奸、偷盗等刑事犯罪紧密联系在一起。一方面,为维持其吸毒的生理和心理需要,吸毒者挖空心思,想方设法去弄钱;为获取毒资,他们大肆抢劫。另一方面,吸毒者在吸毒后产生幻觉机能亢奋,

有的认为自己行为灵巧,思维敏锐,犯罪成功率高;有的产生幻觉认为有人要攻击他,故产生了犯罪行为,任意杀人、抢劫、强奸。(5)吸毒助长艾滋病蔓延。由于注射毒品者反复使用并交叉使用一个注射器注射毒品,消毒措施不严密或者根本就不消毒,导致多种传染病的传播蔓延,为艾滋病的传播提供了"良好的通道",助长了艾滋病的蔓延。最新疫情评估结果显示,截至2005年年底,中国现有艾滋病病毒感染者和病人约65万人(54—76万人),其中艾滋病病人约7.5万人(6.5—8.5万人)。人群感染率平均为0.05%(0.04%—0.06%)。2005年新发生的艾滋病病毒感染约7万人(6—8万人),因艾滋病死亡约2.5万人(2—3万人)。传播方式日趋多样化,以静脉吸毒为主,占40.8%。在中国,如果不能有效地抑制吸毒问题,控制艾滋病是不可能的事。

吸毒的以上特征,不仅仅是其作为一种社会现象所展现出的具体表现,更是其法律属性即其违法性的根据所在。

第三节　吸毒者的法律责任

吸毒作为一种危害社会的行为和现象,受到各国法制的关注。对于吸毒问题,有些国家的法律直接就把吸毒规定为犯罪,比如日本、韩国、蒙古、土耳其、希腊、德国、意大利等国家。也有些国家的法律并没有把吸毒本身规定为犯罪,而是把它视为一种病态行为,比如哥斯达黎加、厄瓜多尔等拉丁美洲国家多持此种立场。尽管对吸毒行为是否有必要予以犯罪化处理,各国的立法规定不尽相同,但对吸毒成瘾务必采取相应的强制戒毒与治疗措施这一点,则为大多数国家所认同。即使在法律上把吸毒规定为犯罪的国家,也往往规定了可以用强制戒毒与医疗措施来代替刑罚的执行。

一、中国大陆吸毒者的法律责任

根据刑法第452条的规定,《关于禁毒的决定》中有关行政处罚和行政措施的规定依然有效,因而对于吸毒成瘾者的惩治措施,可以按照《关于禁毒的决定》第八条第一款的规定予以治安处罚。第八条规定:"吸食注射毒品的,由公安机关处15日以下拘留,可以单处或者并处2,000元以下罚款,

并没收毒品和吸食、注射器具。吸食、注射毒品成瘾的,除依照前款规定处罚外,予以强制戒除,进行治疗、教育。强制戒除后又吸食、注射毒品的,可以实行劳动教养,并在劳动教养中强制戒除。”据此规定可见,我国法律是严禁吸食、注射毒品的。《关于禁毒的决定》虽然没有把吸毒本身规定为犯罪,但将吸毒规定为违法行为,对吸毒者给予治安处罚,对其中吸毒成瘾的强制其戒除毒瘾和接受治疗。这一立场态度是十分明确和坚定的,它与我们国家一贯坚持的严禁烟毒的方针也完全保持一致。

2005年颁行的《治安管理处罚法》中也对吸毒行为的违法责任进行了明确规定。《治安管理处罚法》第七十二条规定:“有下列行为之一的,处十日以上十五日以下拘留,可以并处二千元以下罚款;情节较轻的,处五日以下拘留或者五百元以下罚款:……(三)吸食、注射毒品的;……”可以看到,其中也将吸毒规定为违法行为,并规定了相应的处罚。

虽然我国法律将吸毒作为违法行为进行规定,但吸毒行为本身并不构成犯罪。随着吸毒人数不断增加,吸毒群体趋向低龄化,吸毒地域日益扩大,禁吸形势越来越严峻。许多法律工作者都想过设立吸毒罪,但是否应将吸毒规定为犯罪,在刑法学界争议较大。

将吸毒犯罪化的理由有如下几点:首先,设立吸毒罪是抑制毒品犯罪的有效途径。吸毒的原因是多方面的,有的是上当受骗,有的是好奇心驱使,有的是精神空虚,有的是贪图享受追求刺激。将吸毒规定为犯罪,可以威慑那些企图以身试吸的人们,有效地减少吸毒者,缩小毒品的消费市场,减少毒品犯罪。因为毒品犯罪在一定领域内的增长,总是有其特定的国际、历史和现实原因的,而国内吸毒者的猛增,与对吸毒者制裁的严厉程度有直接的关系。其次,设立吸毒罪有利于禁毒立法体系的完善。现有法律已将为吸毒者提供吸毒场所的容留吸毒行为规定为犯罪。非法持有毒品的目的之一是非法消费毒品,法律也规定为犯罪。在这种情况下,如果不将吸毒行为也规定为犯罪,就会失去法律规范内部的协调统一,也有悖于运用刑罚全面禁毒的立法精神。从反毒品国际合作的角度来看,把这类行为规定为犯罪,也有助于国际社会的反毒品合作,促进国内的全面禁毒活动。同时,设立吸毒罪是对我国法律法规关于禁止吸毒的有关规定的补充和完善。

与此相对的大多数学者的立场仍然认为只能将吸毒行为视为违法行

为,反对将吸毒行为犯罪化。其理由在于:首先,将吸毒定为犯罪,根本不可能遏制毒品犯罪发生乃至增多情况的出现,根本无法切断毒品犯罪链条,因为毒品犯罪的根源在于暴利驱动,这个根子除不掉,毒品问题也就无法从根本上消除。将吸毒规定为犯罪行为没有震慑力,吸毒者不会因为吸毒是犯罪行为而停止吸毒。一般人不吸毒并不是因为害怕刑罚惩罚,吸毒者也不会因为刑罚惩罚的存在而停止吸毒,世俗的任何惩罚均不能抵挡毒瘾的发作。就刑罚目的看,将吸毒行为设定成刑事犯罪,既不能有效戒除吸毒者之毒瘾,也未必有利于整个社会的毒瘾根治。其次,吸毒没有侵犯的客体,吸毒是吸毒者自己的个人消费行为,是吸毒者自己的选择,是公民个人对自己生活的一种毁灭性安排,是一种自伤、自损,直接危害的是吸毒者自身的健康乃至生命,单纯的吸毒行为仅仅危害到吸毒者自身,并没有直接严重侵害他人与社会利益。第三,吸毒者是具有病人、违法者、受害者多重属性的,是毒品的直接受害者,应对吸毒者给予正确、科学、人道的处置矫治措施。如果单纯将吸毒人员视为违法者,与现代科学研究的结果及客观事实不符,不利于我们对吸毒开展科学、人道的戒毒康复治疗,可能误导诱发一些野蛮的、不科学的、单一的惩罚性处置措施,这样非但不能很好地解决吸毒者的康复矫治问题,还可能诱发吸毒人员对政府、社会、戒毒机构的仇视和严重的心理逆反,起到适得其反的效果。如果我们仅仅将他们看做脑病患者,则完全掩盖了吸毒者个人行为动机的错误,否认了他们应承担的社会道义和法律责任,无法对其实施强制性的管束矫治,也不利于促使彻底戒除毒瘾。如果仅仅将他们视为受害者,则更无法对其实行必要的惩处约束,易产生对吸毒行为放纵的后果,不利于对吸毒行为的社会控制,无助于戒毒工作。因此我国的现有立法将吸毒行为定位为违法行为,并且有法律义务接受强制治疗,是十分合理的。

二、中国港、澳、台地区吸毒者的法律责任

(一)香港地区吸毒者的法律责任

香港地区采取对吸毒行为犯罪化的模式,根据《危险药物条例》第 8 条的规定,管有危险药物或吸食、吸服、服食或注射危险药物均属犯罪。循公诉程序定罪后,可处罚款 100 万元,并在符合第 54A 条的规定下,可处监禁

7年;或循简易程序定罪后,可处罚款10万元,并在符合第54A条的规定下,可处监禁3年。第8条的条文表述如下:第134章第8条管有危险药物非作贩运用途及危险药物的服用:(1)除根据及按照本条例,或根据及按照署长根据本条例而发出的许可证外,任何人不得——(a)管有危险药物;或(b)吸食、吸服、服食或注射危险药物。(2)任何人违反第(1)款的任何规定,即属犯罪,可处以下罚则——(a)循公诉程序定罪后,可处罚款$1,000,000,并在符合第54A条的规定下,可处监禁7年;或(b)循简易程序定罪后,可处罚款$100,000,并在符合第54A条的规定下,可处监禁3年。(由1979年第67号第2条修订;由1992年第52号第4条修订)

但在第54A条中也做了一定的限制,即一般只可适用非拘留性判决。第54A条条文表述如下:(1)除第(1A)款另有规定外,法庭因某人违反第8或36条,只可对其处以非拘留性判决,除非法庭曾首先考虑惩教署署长有关该人是否适宜接收治疗及康复护理,以及戒毒所(符合《戒毒所条例》(第244章)定义者)是否有空位的报告。(由1982年第30号法律公告修订;由1987年第24号第4条修订)(1A)凡任何人因违反第8或36条或同时违反该两条而被定罪,而该人(a)在统一法律程序中犯有其他罪行而被定罪,并因该其他罪行而被处监禁9个月以上;或(b)在被定罪时,正服为期9个月以上的监禁刑期,则第(1)款不适用于该人;但在此情况下,如法庭认为合适,在就该人违反第8或36条而判刑前,可考虑第(1)款中指明的报告。(由1987年第24号第4条增补)(1B)凡法庭根据本条被规定或已决定在对某人判刑前先考虑一份报告,但尚未接获该报告,则法庭须将该人还押,有成交署署长拘留一段法庭认为容许作出报告所需的期间,但以不超过3个星期为限。(由1987年第24号第4条增补)(2)惩教署署长在根据本条提交的报告中,须告知法庭以前曾否有根据《戒毒所条例》(第244章)就该报告涉及的人而发出的扣留令。(由1982年第30号法律公告修订;由1987年第24号第4条修订)(3)凡已根据本条获得报告,则《戒毒所条例》(第244章)第4(3)条不适用。(4)在本条中,"非拘留性判决"(non-custodial sence)指以下其中一项或多项判决——(a)罚款;(b)根据《罪犯感化条例》(第298章)第3条发出的感化令;(c)根据《刑事诉讼程序条例》(第221章)第109B条作出的暂缓执行监禁判决。

（二）澳门地区吸毒者的法律责任

《澳门刑法典》于 1995 年 11 月 8 日经总督韦奇立核准，1996 年 1 月 1 日起开始生效。全法典共 350 条，是一部较为完整的且具有澳门地区特色的刑法典。但是，关于毒品犯罪，新刑法典并未涉及，原因在于澳门政府于 1991 年 1 月 18 日制订的专门针对毒品犯罪的单行刑法《关于将贩卖及使用麻醉药品及精神药品视为刑事行为以及提倡反吸毒措施事宜》（即第 5/91/M 号法令）仍然有效。其中规定的关于吸食毒品犯罪及其惩治有如下内容：第一，在公众或聚会地方吸食毒品罪。本罪分为三种情形："一、身为旅馆业场所或同类场所，尤其是酒店、餐馆、咖啡室、酒肆、会所或作聚会、剧院、娱乐之处所或场所之所有人、经理领导人，或以任何名义经营该等场所，而同意或不采取措施避免该等地方被用作会面或聚会地点，并于其内不法使用表一至表四所包括之物质或制剂者，处 2 年以上 8 年以下之重监禁，并科澳门币 5,000 元至 150 万元之罚金。二、将所支配之楼宇、设有围隔物之场所或适当之车辆，转作为或同意转作为通常于其内不法使用第 1 款所指之物质或制剂之地方者，处 1 年以上 2 年以下之监禁，并科澳门币 2,000 元至 22.5 万元之罚金。三、尤其是当局在该等地方进行检查并扣押有物质或制剂后，即使当时未能认别出使用者，然在同一地方之另一次检查中发现且为再次扣押所证实有使用该等物质者，则为同意之迹象。"第二，吸食毒品罪。本罪规定在第三章第二十三条。是指行为人不法取得或持有毒品供个人吸食，但不属第十一条❶所指之情形的行为。犯本罪处 3 个月以下监

---

❶ 第十一条规定的是贩卖—吸食罪，是指行为人实施了第八条所指之任一行为，但其目的仅是为取得毒品以供个人使用的行为。犯本罪者，处 2 年以下之监禁，并处澳门币 2,000 元以上至 5 万元以下罚金。本条第 2 款还规定："二、如物质或制剂属表四者，则监禁刑罚得根据刑法典之规定以罚金替代；如被判罪者为药瘾者，且根据第 24 条之规定须接受医疗者，则亦得根据该法典之规定中止执行监禁刑罚。"第八条规定的是贩卖及不法活动罪，指如下情形：一、未经许可而种植、生产、制造、提取、调制、提供、出售、分销、购买、让予，或以任何名义接受、向他人供应、运载、进口、出口、使之转运或不属第二十三条所指之情形下，不法持有表一至表三所包括之物质及制剂者，处 8 年以上 12 年以下之重监禁，并科澳门币 5,000 元至 70 万元之罚金。二、根据第 6 条所指法规之规定而获许可者，如不法让予上款所指之物质及制剂、将之纳入或力图使他人将之纳入商业中，则处 12 年以上 16 年以下之重监禁，并科澳门币 5,500 元至 90 万元之罚金。三、如为表四所包括之物质及制剂，则处 1 年以上 2 年以下之监禁并科澳门币 2,000 元至 22.5 万元之罚金。

禁或科澳门币 500 元至 1 万元之罚金；如毒品是作治疗用的，则处澳门币 250 元至 5,000 元罚金。

（三）台湾地区吸毒者的法律责任

台湾地区对吸毒行为采取附条件犯罪化模式，具体而言，其法律责任如下：对第一次吸毒者（第一级毒品或第二级毒品），由法院裁定令吸毒者入勒戒所观察、勒戒，依现行法律规定，观察、勒戒之期间最长为 2 个月。观察、勒戒后，如认为观察、勒戒人有继续施用毒品倾向，由法院裁定令入戒治处所强制戒治，依现行法律规定，戒治期间最少为 6 个月，最多不超过 1 年。对观察、勒戒或强制戒治执行完毕释放后，5 年内再次吸毒者，将科以刑责，若 5 年后再吸毒，则重新执行观察勒戒或强制戒治。倘若吸毒者于犯罪未被发觉前，自动向行政院卫生署指定之医疗机构请求治疗，医疗机构免将请求治疗者送至法院或检查机关。依前述治疗中经查获之吸毒者，应由检察官为不起诉之处分或少年法院（地方法院少年法庭）为不付审理之裁定，但以一次为限。对于施用第一级毒品遭查获，而进入司法程序的人，检察官得依《毒品危害防制条例》第 24 条规定，为附命戒瘾治疗之缓起诉处分，施以替代疗法。此外，为了切实防制吸毒者再犯，吸毒者于保护管束期间及出狱 2 年内，警察机关或执行保护管束者得强制采验其尿液。

《毒品危害防制条例》中相关条文如下：

第 10 条：施用第一级毒品者，处六月以上五年以下有期徒刑。施用第二级毒品者，处三年以下有期徒刑。

第 20 条：犯第十条之罪者，检察官应申请法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）应先裁定，令被告或少年入勒戒处所观察、勒戒，其期间不得逾二月。观察、勒戒后，检察官或少年法院（地方法院少年法庭）依据勒戒处所之陈报，认为观察、勒戒人无继续施用毒品倾向者，检察官应申请法院裁定或由少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治处所强制戒治，其期间为六个月以上，至无继续强制戒治之必要为止。但最长不得逾一年。依前项规定为观察、勒戒或强制戒治执行完毕释放后，五年后再犯第十条之罪者，适用本条前二项之规定。受观察、勒戒或强制戒治处分之人，于观察、勒戒或强制戒治期满后，由公立就业辅导机构辅导就业。

第21条:犯第十条之罪者,于犯罪未发觉前,自动向行政院卫生署指定之医疗机构请求治疗,医疗机构免将请求治疗者送法院或检查机关。依前项规定治疗中经查获之被告或少年,应由检察官为不起诉之处分或少年法院(地方法院少年法庭)为不付审理之裁定。但以一次为限。

第二章　中国吸毒问题的现状、特点

近代中国,深受鸦片烟毒危害,沦为半殖民地半封建社会,国人忘不了这百年耻辱。新中国成立后,党和政府采取坚决措施禁绝鸦片,被国际社会舆论赞誉为“无毒国”,享誉达30多年。但改革开放后,受国际毒潮的影响,中国毒品问题死灰复燃且呈蔓延趋势,形势严峻。中国已由毒品过境国转变为过境与消费并存的受害国,在一些地方,甚至出现了制造毒品的严重犯罪活动。多少人成为毒品的奴隶,多少人被毒品结束了生命,多少人被毒品逼上了犯罪之路,多少个幸福美满的家庭妻离子散,多少财富烟消云散,多少人的辉煌前程和美好人生被毒品葬送!毒品所造成的人间悲剧一幕幕、一桩桩,令人惨不忍睹,让人叹息,让人沉思。

进入新的历史时期,伴随着新的国际、国内环境的发展变化,中国吸毒问题也出现了一些新的情况。本章试图通过对中国吸毒问题数据来源综述、中国吸毒问题现状以及特点阐述,说明当今中国吸毒问题的人群行为特点和毒品流行滥用的趋势特征,以期为认识当今中国吸毒问题的规律并为未来的禁毒工作提供必要的参考和理论支撑。

第一节　中国吸毒问题数据来源综述

一、国家禁毒委员会办公室年度禁毒报告

《国家禁毒委员会年度禁毒报告》是设于公安部禁毒局的中国国家禁毒委办公室发布的年度禁毒工作报告,其中涉及吸毒问题的基本描述性数据主要来源于中国公安系统于2006年开始构建的吸毒人员动态管控数据库。

不论是从国际还是从国内情况看,禁毒工作难以取得根本性突破的一个重要原因,就是吸毒人员流动性大、隐蔽性强,管控、帮教难,复吸率居高不下。中国公安部部署建立吸毒人员动态管控机制,其目的就是要建立与开放社会和人员流动相适应的管理方式,实现对吸毒人员的有效控制,从而降低吸毒人员复吸率,逐步萎缩毒品消费市场,减轻毒品对社会的危害。

吸毒人员动态管控机制的运作模式是依托公安部"全国禁毒信息管理系统"等数据库为平台,建立对系统"吸毒人员信息"的实时维护机制,把所有吸毒人员的信息及时地纳入系统的查询与统计范围,实现信息共享、网上跟踪、有效管理、动态监控。吸毒人员动态管控机制的重点是吸毒人员的排查、收戒、管理、维护、应用等主要环节。这里仅就涉及吸毒问题形势描述及其准确性的排查与维护两个方面进行说明。

(一)吸毒人员的排查

吸毒人员的排查,是建立吸毒人员动态管控机制的基础。只有努力提高发现率,完善调查登记制度,摸清实有吸毒人员底数,建立科学的监测体系,准确推测毒品滥用情况,才能有效提高动态管控的质量。

排查工作的基本原则是:谁发现、谁登记、谁上网,哪个地方发现吸毒人员,就由哪个地方负责登记核查,不论吸毒人员户籍地在哪里。在规定要求上,排查工作需做到"四个必须":一是必须坚持见面排查、见面算数,要在见到吸毒人员本人的情况下,排查一个,登记一个;二是必须查清真实身份,通过查询全国人口信息库等公安信息资源库,核准吸毒人员真实身份;三是必须如实采集现状信息,如实登录现状的起始时间;四是必须将排查登记的信息高质量地录入吸毒人员数据库。

(二)吸毒人员的信息维护

如果没有及时的信息维护机制,显然任何管控必然是滞后的,也是不可能实现的。所以实践中要求公安机关必须实时更新、维护信息,在排查发现、戒毒康复、出所和尿检、社区药物维持治疗方面,不断完善吸毒人员信息数据库,真正把"死的信息"变成"活的信息",把"无用的信息"变成"可用的信息"。

吸毒人员的信息维护遵循的是所谓"全警参与,各负其责;动态维护,服务实战"的工作原则。吸毒人员信息维护包括身份信息、现状信息、管控

责任信息等。维护的基本标准是:所有上网入库的吸毒人员信息应当达到“三真实、两一致”的要求,即吸毒人员的身份信息真实,吸毒人员现状情况真实,对吸毒人员管控的责任单位和责任人真实;登记上网入库的吸毒人数与公安机关实际掌握的吸毒人数一致,每名吸毒人员在数据库中的信息要与公安机关实际管控工作的现状一致。

在二代身份证被广泛使用之后,吸毒人员动态管控系统的禁毒效用凸显出来。通过对旅店、网吧、出入境口岸等地的联网防控,公安部门已追踪并抓捕一批情节严重的犯罪嫌疑人。公安部数据显示,2011 年,江苏省公安禁毒部门利用各种信息化技术破获的毒品案件已占全部毒品案件的68%。[1] 在公安部禁毒局公布的年度禁毒报告中,对动态管控系统的维护、完善和运用被列入 2009 至 2011 年全国禁毒工作十件大事。公安部《2011 年度禁毒报告》指出,对毒品信息管理、吸毒人员数据和堵源截流工作三个业务平台的升级改造为推进全国禁毒信息化建设向更高层次发展奠定了基础。

需要指出,除了广受质疑的“退出”机制外,近些年来数据库信息更新不及时不仅成为影响全国实际查获吸毒人员统计数量等准确度的严重问题,也成为严重影响吸毒人员动态管控实际工作的一个突出问题。2012 年 2 月国家禁毒办公布了《关于 2011 年全国吸毒人员动态管控工作考评情况的通报》。通报指出,2011 年各地禁毒部门按照国家禁毒委员会、公安部关于加强吸毒人员动态管控工作的部署要求,积极采取多种措施,切实加大工作力度,推动吸毒人员排查登记和管控行动取得了明显成效。但是,考评反映出一个较为突出的问题是吸毒人员动态管控信息更新不及时。2011 年 11 月初国家禁毒办公布预考评情况之后,大部分省份高度重视,集中时间和力量对更新不及时信息进行了突击性补充修改,全国更新不及时信息数量由 10 月底的 22 万余条下降至 9 万条,但是,部分省份工作进展缓慢,仍有 8 个省份更新不及时信息数量在千条以上。2012 年以来,由于日常性的信息维护工作机制尚未健全,一些省份更新不及时信息数量又有所反弹,截

---

[1] 国家禁毒委员会办公室:《2011 年度禁毒报告》,http://www.mps.gov.cn,访问时间:2012 年 3 月 5 日。

至 2012 年 2 月 10 日，全国更新不及时的信息数量上升为 9.6 万余条，严重影响了吸毒人员动态管控工作的实效和实战应用效果。通报将需要更新维护的吸毒人员信息情况下发各地，要求采取切实有效措施抓紧督促指导相关单位进行补充完善，进一步建立健全信息日常更新维护工作机制，力争在 2012 年 3 月底前完成更新维护任务。从 2012 年 4 月份开始，国家禁毒办组织专人每月对吸毒人员信息数据进行不定期抽审，对于每月月底前信息更新不及时数量达 300 条以上的省份将在全国范围内进行通报批评。

二、国家食品药品监督局年度药物滥用监测报告

药物滥用监测是公共卫生监测的一个重要组成部分，通过动态观察药物滥用的发展趋势，预测流行的规模，从而估计未来的防治与公共卫生需求。通过对监测数据的统计分析，反映药物滥用人群的特点和变化趋势，提示滥用药物的变化趋势、麻醉药品和精神药品监管的重点环节和品种，从而为加强监管、防治药物滥用流行提供决策依据，为开展有针对性的干预措施提供借鉴，为禁毒工作提供基础数据和决策依据。

中国于 1992 年开始建立药物滥用监测系统，在国家食品药品监督管理局的领导下，在国家禁毒委员会的支持下，目前已经形成覆盖全国 31 个省、自治区、直辖市的药物滥用监测网络，实现了监测数据的实时、在线直报。2005 年国家药物滥用监测中心建立了“药物滥用监测网络信息管理系统”，药物滥用监测系统针对医用麻醉药品、精神药品及非列管药品的使用情况设立了药物滥用风险预警报告，可预防药品发生流行性滥用。一旦地区监测报告的药物滥用人群在单位时间内使用的某种医用麻醉药品、精神药品和非列管药品的频率超过风险阈值时，监测系统将发布实时预警信息，提示在监测报告地区存在流行性滥用的风险。

目前，结合医用麻醉药品和精神药品监管工作需要，国家食品药品监管局正在扩大和调整全国药物滥用监测对象与调查内容，完善医用麻醉药品和精神药品依赖性和药物滥用潜力的评价方法与滥用风险评估方法，不断建立健全药物滥用监测体系与机制，更有针对性地调整监管策略和措施。

中国国家食品药品监管局本着确保医用麻醉药品和精神药品“管得住，用得上”的原则，不断完善监管法规体系和制度，提升监管效能。2005

年,《麻醉药品和精神药品管理条例》、《易制毒化学品管理条例》等法规的出台,为科学监管医用麻醉药品和精神药品奠定法制基础。以此为契机,国家食品药品监管局制定发布了十余个相关配套规章和规范性文件,建立了种植生产总量控制、实验研究须经审批、经营销售定点管理、临床使用专用处方、信息网络实时监控的一整套特药特管的制度。同时,不断创新监管手段,有效规范医用麻醉药品和精神药品生产经营秩序。对医用麻醉药品和精神药品生产企业实行分类管理,2009 年确定 37 家高风险企业为重点监管企业,向重点监管企业派驻监督员,强化外部监督,实行质量授权人制度,强化企业内部质量和安全管理;建立对企业日常巡查制度,明确监督检查频次和检查工作规范,强化日常监督检查。根据监管形势的新要求和监管实践中出现的新问题,组织开展专项治理,及时会同相关部门调整管制品种的范围、提升管制级别,有效遏制药物滥用问题。建成全国统一的特殊药品监控信息网络,利用现代化信息技术手段强化监管,实现了对医用麻醉药品和精神药品的动态监控,市场秩序得到切实规范。

此外,国家食品药品监管局采取措施,加强对具有滥用潜力的非列管药品(处方药和非处方药)销售和使用环节的监管。在不断强化日常监督检查的同时,组织开展专项治理,规范购销行为,严厉查处违法违规行为,规范生产经营秩序。多部门合作,全社会参与,倡导行业自律,加大公众舆论宣传,引导公众合理用药,防止滥用和流失。

三、联合国年度报告综述

1998 年,基于对确认国际禁毒努力的事实和客观信息重要性的认识,联合国大会授权联合国毒品和犯罪问题办公室(The United Nations Office on Drugs and Crimes,简称 UNODC,1997 年由联合国禁毒署和联合国预防犯罪中心合并而成,总部设在奥地利维也纳)出版发布"关于全球毒品问题的全面和平衡信息"。

联合国全球年度非法毒品报告的前身是始创于 1999 年的年度非法毒品趋势报告,它提供了全球非法毒品供给与需求情况的全面事实和数据。基于成员国、联合国毒品和犯罪问题办公室以及其他国际组织所搜集和报告的数据以及专家们进行的预估,联合国毒品和犯罪问题办公室试图辨识

出全球非法毒品市场的演变趋势。涉及毒品滥用方面，包括了几乎所有毒品种类的全球消费现状、特点及趋势。

2004 年，联合国毒品和犯罪问题办公室合并非法毒品趋势报告与世界毒品报告。随着统计和分析内容的大幅提升，全新的全球毒品报告提供了国际毒品问题方面最全面的年度形势图景。

长期以来，中国与该办公室一直保持良好合作关系，其执行主任多次访华。20 世纪 80 年代以来，其向中国提供了约 3,000 万元人民币援助。中国与其在区域禁毒合作机制中合作较好，如制定东南亚次区域禁毒合作谅解备忘录。

联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC）[1]的年度世界毒品报告主要根据各成员国填报的年度报告调查表作出。经修订的年度报告调查表已经麻醉药品委员会第五十四届会议续会核可，目的和期望是提高答复率和会员国报告的药物滥用形势信息的质量，已经向 192 个会员国和 15 个领土发送了年度报告调查表，截至 2011 年 11 月，其中 82 个就年度报告调查表中药物使用的程度、格局和趋势部分（调查表第三部分）提交了答复，答复率接近 40%。其中，所提交的答复中有 60%载有实质性信息，即包含至少对半数主要问题的答复，逾三分之一只填写了某些信息。非洲许多地区、亚洲和太平洋、拉丁美洲一些地区以及有严重药物问题的国家报告不充分（见图 2-1）。由于几年来年度报告调查表的答复率在不断下降，正在努力利用其他国家和区域来源和科学文献补充通过调查表获得的信息。

四、国内其他相关研究综述

我国幅员广大，社会、文化背景差异明显，经济发展不平衡，毒品使用的历史渊源各异，加上国际毒品种植、制造、贩运对不同地域的影响，决定了我国吸毒情况差异甚大。众所周知，吸毒问题是非常敏感的公共卫生与社会问题，所以到目前为止，国内涉及吸毒问题的研究，主要集中在社会学、流行病学以及其他相关学科几个方面。

（一）社会学方面

为了获得大量目标人群的实证资料，国内社会学者通过问卷调查和个

[1] UNODC, *World situation with regard to drug abuse*, Commission on Narcotic Drugs, Fifty-fifth session. http://www.unodc.org，访问时间：2012 年 3 月 4 日。

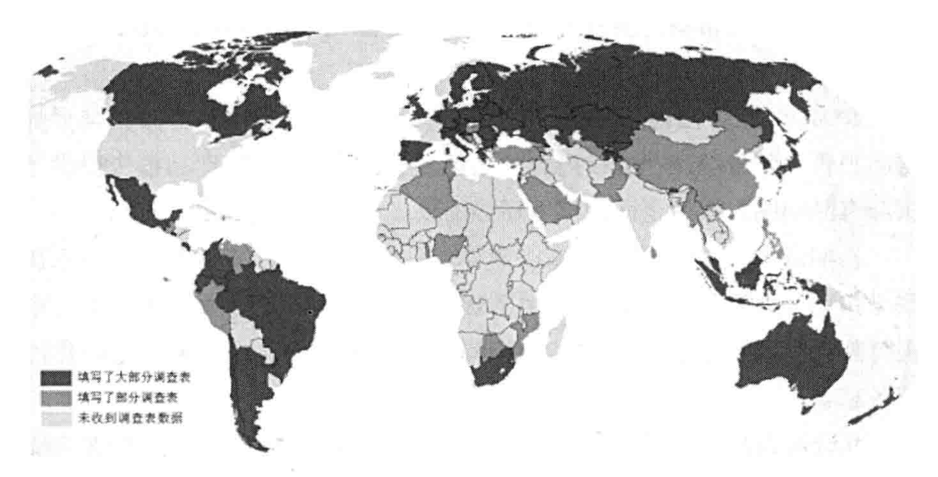


图 2-1　利用年度报告调查表提供 2010 年非法药物需求数据的会员国（截至 2011 年 11 月）

说明：该地图上所示的国界和名称以及使用的称呼并不代表联合国的官方认可或承认。
虚线近似印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔的控制线、双方尚未最后商定查谟和克什米尔的最后地位。

案访谈等社会调查方法搜集资料，进行相关研究。但由于此类研究人员不多，因此相关研究成果有限。现有研究主要把目光指向吸毒人群上。与生理学、心理学等学科关注吸毒者个体的生理、心理现象不同，社会学研究者把关注点放在作为松散准群体的吸毒人群上。而“吸毒人群”的概念也是在生理学、心理学大量使用“吸毒人员”概念的基础上产生的，强调了社会学关注吸毒问题的群体性视角。几十年来，吸毒人群也随着新型毒品的出现而发生变化，这实际上增加了研究的难度。从现有研究来看，中国海洛因市场调查、国内首次新型毒品大型调查和吸毒人群调查是其中为数不多的典型成果。这些研究通过运用社会学定量研究和定性研究方法，抽样调查样本量大，个案访谈深入吸毒个案的生存世界，集中描述了吸毒人群的人口学特征、生活世界及吸毒状况、戒毒状况、回归社会状况。

（二）流行病学方面

虽然反映中国吸毒现状的流行病学研究成果不多，但中国的药物滥用的监测系统、区域性流行病学调查等研究基本能提供目前的吸毒现状与趋势。以中南大学精神卫生研究为牵头单位的全国吸毒流行病学调查协作组，对我国西安、兰州、重庆、广州、云南的文山、贵州的毕节等高发区在

1993、1996、2000年进行了以线索为主的入户流行病学调查。因三次调查所使用的工具相同，且在同样的抽样社区，所以能较好反映我国当时高发区的吸毒流行情况。

北京大学中国药物依赖性研究所多年来长期从事全国范围内的药物滥用及依赖性的流行病学调查与评估研究，应用Delphi法等快速评估方法对我国多个地区的海洛因及“新型毒品”滥用流行情况进行快速调查评估，一方面掌握了我国药物滥用（海洛因和新型毒品）滥用的现状、流行特征和基本分布，另外也探索了开展药物滥用敏感问题大规模流行病学调查的方法学。应用流行病学和人类学研究方法，开展了初始吸毒因素的研究，复吸因素的研究，全国重点地区大、中学生药物滥用流行病学调查，吸毒者中性病、艾滋病感染情况及其对艾滋病态度、知识的调查，吸毒者日常生活活动的调查，吸毒者心理状况与生活事件关系的研究，重点地区冰毒及其他“新型毒品”滥用流行病学调查，吸毒者多药滥用的调查等，通过基于人群的流行病学抽样调查对我国药物滥用高发区的药物滥用现状和实际流行水平（包括15—50岁人口一生药物滥用率及人群中吸毒死亡率）进行估计。这些调查对于认识我国毒品问题死灰复燃后的一般流行情况、特征、流行因素以及吸毒与艾滋病传播相关关系具有重要作用。通过流行病学调查对我国不同时期出现的麻醉药品、精神药品（包括盐酸二氢埃托啡、曲马多、止咳药水、丁丙诺啡、复方地芬诺酯等药物）的滥用进行了系统研究评价，对于认识了解这些医用麻醉药品的滥用性质、后果和管理部门麻醉药品的科学管理提供了重要科学数据。

除了上述研究之外，国内涉及吸毒问题的研究还散见于法学、心理学以及生理学等方面。

第二节　中国吸毒问题现状

为全面了解中国吸毒问题现状，首先有必要审视全球非法药物使用现象的不同方面，以便建立一个可以比较和评价的基线。其中包括认识一般人群中间非法药物使用的总体情况，药物使用病症、药物依赖和问题药物使用的程度，治疗需求所反映的药物使用造成的健康后果，以及关于药物相关

发病率(例如艾滋病毒和其他血液传播感染)和非法药物使用者的死亡率的信息。

一、基线——中国吸毒问题的全球背景

表 2-1 为联合国毒品与犯罪问题办公室《2011 年世界毒品问题报告》中列出的迄今为止最新的按区域和分区域 15 至 64 岁年龄人群过去一年曾使用不同非法药物的估计人数。它大体反映了目前全球吸毒人群的规模特征。

表 2-1 2009 年按区域和分区域分列的 15 至 64 岁年龄段人口过去一年曾非法使用药物的估计人数

区域/分区域	大麻使用者		类阿片使用者		可卡因使用者		苯丙胺类药物使用者		摇头丸使用者	
	下限人数	上限人数	下限人数	上限人数	下限人数	上限人数	下限人数	上限人数	下限人数	上限人数
非 洲	21,630,000	59,140,000	940,000	3,750,000	940,000	4,420,000	1,180,000	8,150,000	390,000	1,900,000
北 非	4,780,000	10,620,000	130,000	550,000	30,000	50,000	*	*	*	*
西非和中非	11,380,000	31,840,000	420,000	1,090,000	550,000	2,300,000	*	*	*	*
东 非	2,340,000	8,870,000	150,000	1,790,000	*	*	*	*	*	*
南部非洲	3,130,000	7,810,000	240,000	320,000	270,000	730,000	280,000	780,000	190,000	300,000
美 洲	40,950,000	42,860,000	12,960,000	14,590,000	8,280,000	8,650,000	5,170,000	6,210,000	3,770,000	4,202,000
北美洲	32,520,000	32,520,000	11,950,000	13,320,000	5,690,000	5,690,000	3,460,000	3,460,000	3,210,000	3,210,000
中美洲	550,000	610,000	110,000	230,000	120,000	140,000	320,000	320,000	20,000	30,000
加勒比	440,000	2,060,000	60,000	100,000	110,000	330,000	30,000	530,000	20,000	240,000
南美洲	7,410,000	7,630,000	850,000	940,000	2,360,000	2,480,000	1,340,000	1,890,000	520,000	530,000
亚 洲	31,340,000	67,970,000	6,760,000	12,520,000	400,000	2,300,000	4,330,000	38,230,000	2,390,000	17,330,000
东亚和东南亚	5,440,000	24,160,000	2,870,000	5,050,000	400,000	1,070,000	3,480,000	20,870,000	1,480,000	5,920,000
南 亚	16,830,000	28,110,000	1,420,000	3,380,000	*		*		*	
中 亚	1,950,000	2,260,000	350,000	350,000	*		*		*	
近东和中东	6,060,000	12,360,000	2,120,000	3,730,000	40,000	650,000	460,000	4,330,000		
欧 洲	28,730,000	29,250,000	3,270,000	3,730,000	4,300,000	4,750,000	2,540,000	3,180,000	3,680,000	3,920,000
西欧和中欧	22,750,000	22,860,000	1,170,000	1,400,000	3,990,000	4,090,000	2,030,000	2,120,000	2,490,000	2,560,000
东欧和中南欧	5,980,000	6,380,000	2,100,000	2,330,000	310,000	660,000	540,000	1,050,000	1,190,000	1,370,000
大洋洲	2,160,000	3,460,000	100,000	190,000	330,000	400,000	470,000	640,000	850,000	920,000
全球合计	124,810,000	202,680,000	24,030,000	34,780,000	14,250,000	20,520,000	13,690,000	56,410,000	11,080,000	28,090,000

资料来源:《2011 年世界毒品问题报告》(联合国出版物,出售品编号:E11.XI10)。

* 不能计算出估计数。

2009 年，据估计 15 至 64 岁年龄段人口中有 3.4%至 6.2%在过去一年中至少使用过一次非法药物，与之相对应为 1.49 亿至 2.72 亿人。这些估计数与前几年相比没有大的变化。药物使用者比率包括试验性或偶尔使用药物者，以及剂量较小但人数可观的依赖性或问题药物使用者。

大麻仍然是全世界使用最普遍的受管制药物，大麻使用者人数估计在 1.25 亿至 2.03 亿之间（占 15 至 64 岁年龄段人口的 2.8%至 4.5%）。大洋洲（主要是澳大利亚和新西兰）、北美洲及西欧和中欧仍然是大麻使用流行率最高的区域。以前人们认为大麻是一种不会引起很大损害的药物，与这种看法相反，据报告有越来越多的大麻使用者寻求治疗其药物使用病症和相关精神病症状。

苯丙胺类兴奋剂超过海洛因或可卡因，成为世界范围内排名第二的最广泛使用药物。2009 年，过去一年苯丙胺类药物使用者在 1,370 万至 5,640 万之间（占 15 至 64 岁年龄段人口的 0.3%至 1.3%），摇头丸类药物使用者在 1,100 万至 2,800 万之间（占 0.2%至 0.6%）。不同区域使用的苯丙胺类药物的种类有很大差异。甲基苯丙胺是东亚和东南亚以及大洋洲使用的主要药物。含有苯丙胺、作为 Captagon 出售的药片在近东和中东一带使用。欧洲的苯丙胺类药物使用者主要消费苯丙胺（尽管有迹象表明，在欧洲一些地区，甲基苯丙胺正在取代苯丙胺），而北美洲的兴奋剂使用者一般使用甲基苯丙胺和处方兴奋剂。在非洲，苯丙胺类兴奋剂药物使用可能主要包括使用处方兴奋剂。

摇头丸类药物主要包括二亚甲基双氧苯丙胺及其类似物，其使用往往与休闲和娱乐场所有关，如夜总会和锐舞舞会。因此在富裕社会的青少年中间其滥用流行率特别高，据报告流行率最高的是大洋洲、北美洲和欧洲。过去几年，许多欧洲国家报告说摇头丸供应有所减少；不过，最近的报告表明欧洲有可能在恢复，而且供应的“摇头丸”的纯度可能越来越高。

据估计，全世界在 2011 年至少使用过一次任何一种类阿片的类阿片使用者为 2,460 万至 3,680 万（占 15 至 64 岁年龄段人口的 0.5%至 0.8%）。海洛因作为最常用类阿片的使用稳定在较高的流行率，同时类阿片的使用在许多国家有不同的发展。在北美洲、南美洲和大洋洲（尤其是新西兰和澳大利亚），滥用或误用处方类阿片现已成为主要问题，而海洛因的使用则

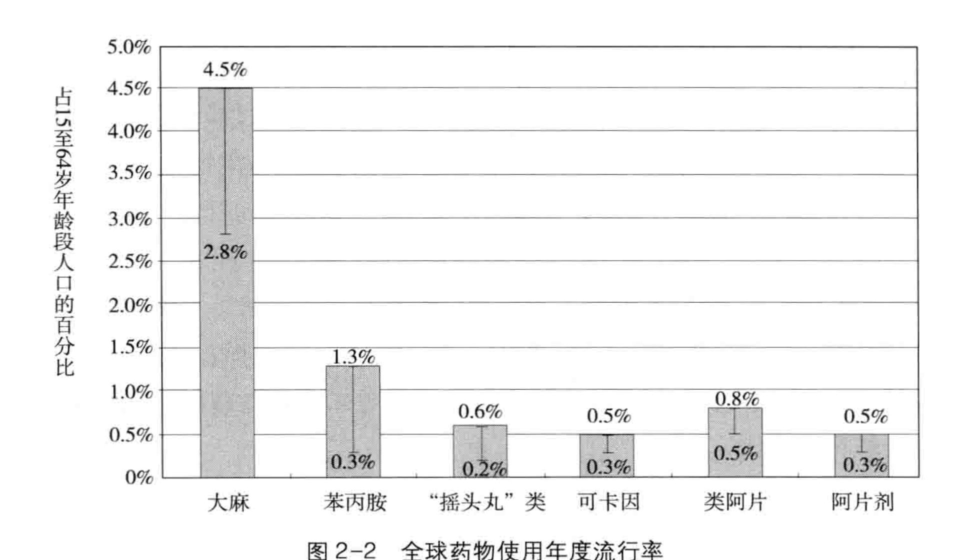


图 2-2　全球药物使用年度流行率

资料来源:《2011 年世界毒品问题报告》(联合国出版物,出售品编号:E11.XL10)。

有限。在欧洲,海洛因是使用的主要类阿片,一些国家报告有误用处方类阿片的情况,尽管欧洲误用处方类阿片的程度需做进一步调查。在传统上种植罂粟的国家及其一些邻国,特别是阿富汗、伊朗、老挝和缅甸,常见做法是使用鸦片而非海洛因。海洛因是非洲和亚洲使用的主要类阿片,但也有报告表明误用处方类阿片成为一种常见做法。就越来越多的治疗需求以及艾滋病毒感染和其他感染而言,类阿片仍然是引起最大损害的药物种类,并且是药物滥用者吸食过量和死亡的主要原因。

2009 年,据估计过去一年内有 1,430 万至 2,050 万成年人(15 至 64 岁年龄段的人)报告至少使用过一次可卡因,占全世界成年人口的 0.3%至 0.5%。多数指标(例如治疗需求量、急诊室就医人数和过量病例)表明,可卡因是全世界排名第二的问题药物。虽然可卡因使用流行率仍然较高,但中美洲、南美洲和欧洲大部分传统可卡因市场呈现稳定趋势,北美洲则出现下降趋势。另一方面,亚洲、中东和西非部分地区情况则有所不同:这些地区报告的可卡因缉获量不断增加,表明在可卡因使用仍然较少或不常见的地方,其使用可能会急剧增加。

虽然还没有关于非医疗使用类阿片和苯丙胺以外处方药物的全球数

字，但据报告此类药物包括安定剂和镇静剂的使用正成为一种日益严重的健康问题，在一些国家，此类药物的流行率高于许多受管制药物的流行率。非医疗使用处方药物据报告在年轻成年人、妇女、老年患者和保健专业人员中间较为常见。另一个主要问题是非法药物使用者中间日益增多的多种药物使用者要么将处方药物与其首选非法药物合并使用以增强效果，要么在供应临时中断情况下用处方药物替代其首选非法药物。

欧洲和世界其他地区还越来越多地发现和使用"合法兴奋剂"，亦即为规避国际管制而研制的化学合成药物。这些药物中最有名的包括甲卡西酮类似物4-甲基-甲卡西酮（又称"甲氧麻黄酮"）和甲烯二氧吡丁苄酮，后者经常作为"浴盐"或"植物食物"出售，用来替代可卡因或"摇头丸"等受管制药物。同样，哌嗪衍生物如N-苄基哌嗪和1-(3-三氟甲基苯基)哌嗪也作为"摇头丸"的替代品出售。自2008年以来，在草本吸食混合物中还发现几种合成大麻素（以商标名Spice等出售），这些合成大麻素产生类似于大麻的效果，但所含产品不受国际管制。据报告还有其他不受国际管制但用来模仿受管制药物效果或作为替代品使用的合成药物，主要是在欧洲和北美洲，但其他区域也有这种情况。这些药物包括六氯化苯、苯并呋喃基、麻醉止痛剂（如俄罗斯联邦用来转换成krokodil或地索吗啡的可待因）、合成可待因衍生物、氯胺酮（东南亚一种常见药物）和苯环利定衍生物。

问题药物使用如注射药物使用的程度和药物依赖者或定期使用药物者的估计人数是用来确定药物使用的代价和后果的重要指标。2009年，据估计问题药物使用者有1,500万至3,900万人，占15至64岁年龄段成年人口的0.3%至0.9%。其中类阿片和（或）可卡因使用者占较高比例。此外，据估计全世界有1,600万人以注射方式用药。据估计注射药物使用者有四分之一以上在西欧和东欧以及南亚、东亚和东南亚。据报告注射使用的主要药物是：类阿片，特别是海洛因；苯丙胺类兴奋剂，如甲基苯丙胺；以及"快克"可卡因。

治疗需求是问题药物使用的另一项指标，这项指标还表明在一个国家或区域引起特定问题的药物种类。尽管提供药物依赖治疗和护理的服务的覆盖范围和供应有限，2009年全世界仍有多达470万人得到治疗。这一数字在估计的全世界问题药物使用者中占12%至30%，表明提供的服务还有

很大差距，药物使用者的治疗和护理需求未得到满足。多数区域可确定主要的问题药物。在欧洲和亚洲，类阿片仍是主要的问题药物。在一些亚洲国家，苯丙胺类兴奋剂是治疗场所报告的最主要问题药物，如东南亚的甲基苯丙胺和中东含有苯丙胺、作为 Captagon 出售的药片。苯丙胺类兴奋剂依赖的治疗需求在大洋洲（特别是澳大利亚和新西亚）、北美洲及西欧和中欧也值得注意。在南美洲，可卡因是主要药物，在报告的治疗病例中占最大比例（50%）。在非洲，据报告大麻相关病症的治疗需求占更高比例（在 2009 年提供的所有治疗中占 60%），大洋洲、北美洲和南美洲也是如此。

药物使用者的危险注射和危险性行为成为严重的公共卫生问题，因为这些行为具有感染艾滋病毒、乙型肝炎和丙型肝炎的较高风险，在边缘化和最危险人群中间尤其如此。2010 年据估计全世界有 3,400 万人携带艾滋病毒：在据估计以注射方式用药的 1,600 万人中间，有 300 万左右即大约五分之一携带艾滋病毒。除撒哈拉以南非洲以外，注射药物使用约占报告的 2010 年所有新感染艾滋病毒病例的三分之一。注射药物使用者使用污染的针头和注射器是艾滋病毒感染的主要原因，与此同时，几项研究表明，以非注射给药途径使用可卡因、“快克”可卡因和苯丙胺类兴奋剂也与艾滋病毒风险增加有关系，特别是通过无防护措施的性行为。

世界范围内注射药物使用者感染丙型肝炎病毒的流行率也很高，据报告注射药物使用者估计人数中间有半数感染这种病毒。在报告 2009 年丙型肝炎感染流行率的 51 个国家中，有 13 个国家报告注射药物使用者中间的流行率超过 70%。与此类似，有 22%的注射药物使用者据估计感染乙型肝炎病毒。换言之，估计有 350 万注射药物使用者感染丙型肝炎。

与非法药物使用有关的死亡可能包括致命的剂量过大、自杀、药物影响下的事故、注射药物使用者因感染如艾滋病毒或艾滋病而死亡，以及与长期使用药物有关的医疗状况导致的死亡。根据毒品和犯罪问题办公室汇编的数据，2009 年有 104,000 至 263,000 例药物相关死亡，每百万 15 至 64 岁年龄段人口中有 23.1 至 58.7 例死亡归因于药物使用。报告的死亡中近半数归因于致命的剂量过大。在非洲、亚洲、欧洲和大洋洲，类阿片列为与药物相关死亡有关的主要药物种类，美洲则是可卡因。对于药物相关死亡的记录不一致，以及许多国家对此类死亡少报，为估计真实的严重程度带来困难。

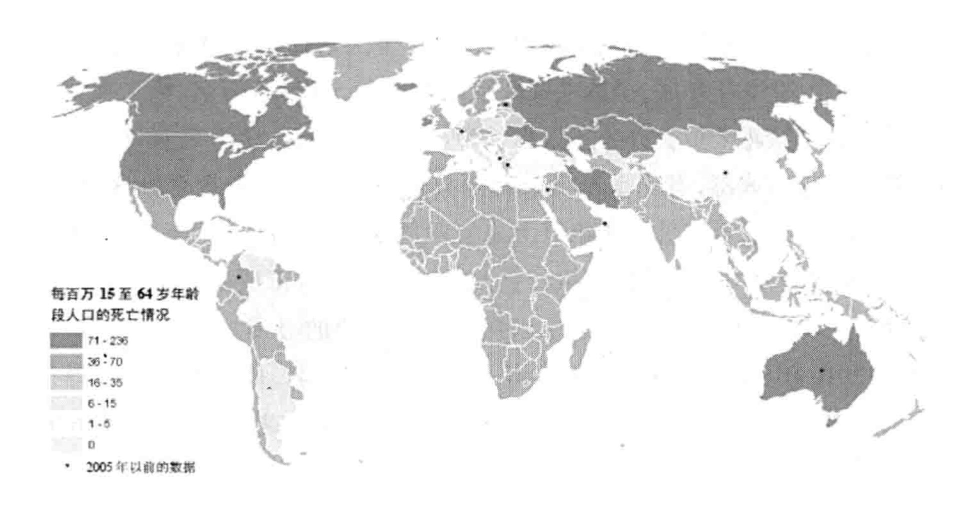


图 2-3 2009 年药物相关死亡情况

说明：该地图上所示的国界和名称以及使用的称呼并不代表联合国的官方认可或承认。
虚线近似印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔的控制线，双方尚未最后商定查谟和克什米尔的最后地位。

二、中国毒品滥用现状

在一般人群中间以及在青少年中间进行的药物使用调查有助于客观地评估特定国家药物使用的程度和性质。鉴于此类调查的范围，目前全球范围内绝大多数有进行基于人口的药物使用情况调查的国家都是在每三至五年才重复一次。不过，中国和许多发展中国家一样，主要依赖通过登记在册的药物使用者或快速评估收集的信息，试图认识非法药物使用形势。

（一）规模

探讨中国的毒品问题，首当其冲不可回避的一个问题就是中国到底有多少吸毒人口？由于吸毒行为的违法性等客观因素决定，关于吸毒人群的确切统计从来就比较困难，也备受争议。但是，在可见的文献资料中，来自多个方面的数据可以帮助我们认识中国吸毒人群的基本规模现状。

其一是国家禁毒委员会每年公布的数据。从 1989 年中国正式公布被公安机构登记的吸毒人口以来，1991 年到 2002 年，中国吸毒人口的总数从 14.8 万上升到了 2002 年的 100 万，平均每年的增长率达到 25%。[1] 实施吸

---

[1] 国家禁毒委员会办公室：《2002 年度禁毒报告》，http://www.mps.gov.cn，访问时间：2012 年 3 月 5 日。

毒人员动态管控机制后,截至2009年年底,全国累计登记吸毒人员133.5万名;截至2010年年底,全国共发现登记吸毒人员154.5万名。[1]

据国家禁毒委员会办公室报告,2009年全国共有4.7万名吸毒成瘾人员被责令社区戒毒,有3.5万名强制隔离戒毒出所人员被责令社区康复。至2009年年底,全国巩固3年以上未复吸的达6.8万人。截至2009年年底,公安机关和司法行政部门执行强制隔离戒毒的吸毒成瘾人员分别超过10万名。2009年,全国被依法予以强制隔离戒毒的吸毒成瘾人员有17.3万名;2010年,全国新发现登记吸毒人员21.4万余名,依法查获有吸毒行为人员38万人次,强制隔离戒毒17.5万余名,社区戒毒、社区康复9.6万余名。[2]

以上是官方公布的反映中国吸毒人群规模的基本数据。

其二是各种各样的预估数据。出于对官方实际发现数据的怀疑并试图修正上述数据,相当一批研究机构及其学者进行了一系列研究并出现了一些可供参考的关于中国吸毒人数的估测数。

第一种估测数引用国际卫生组织的估测模型,认为一个显性吸毒者的背后大概还有9个隐性吸毒者,两者的比例是1∶10,理论依据是流行病的传染模型;由此以来,则2002年中国吸毒人口的总数大约为1,000万,这个数字相当于1949年年初中国吸毒人口的一半,很容易让人想起万恶的、遍地烟馆和东亚病夫的旧社会。显然,大多数人认为这个数字太过耸人听闻,不仅看不到如此估计的证据,也与实际的情形相去甚远。相当一批学者和实践部门的人士认为把国际卫生组织的模型直接搬到中国来似乎不符合中国的国情。

第二种估计数则引用的是英国1999年全国调查的方法和结果,认为中国一个显性吸毒人口背后大约还有5个左右的隐性吸毒人口,两者的比例是1∶4—7。这样,2002年年底中国吸毒人口的总数最少也有500万。显然,这个数字也不低,已经几倍于当时美国成瘾人口的总数。当然,这也只

[1] 国家禁毒委员会办公室:《2011年度禁毒报告》,http://www.mps.gov.cn,访问时间:2012年3月5日。

[2] 国家禁毒委员会办公室:《2011年度禁毒报告》,http://www.mps.gov.cn,访问时间:2012年3月5日。

是专家的估计，没有任何实证资料的支持。

第三种预估数。为了解中国吸毒人口的规模，北京大学邱泽奇教授等于 2001 年分别在吸毒问题比较典型的云南省昆明市和浙江省温州市的乐清市采用 14—69 岁年龄段人口随机抽样（样本量为 0.1%的所有年龄段总人口，有效样本量在 80%以上）办法，对吸毒人口的规模进行了估测。在进行样本人口用药习惯问卷调查和尿样检测（包括现场吗啡尿检板的初筛检测和初筛后的实验室检测）的基础上所得到的结果是，一个登记在册的吸毒者背后大约有 0.5 个左右的隐性吸毒者。考虑到两地禁毒工作基础较好以及各地的差异性，即使在对全国的平均状况进行估计时将这个结果放大一倍，两者的比例也仅为 1∶2。换句话说，2002 年年底中国吸毒总人口的数量在 100 万—200 万。

第四种估测数是来自于云南省药物依赖研究所的李建华等研究员在云南省个旧市城乡采用三种方法（捕获-再捕获，滚雪球-乘数，专家估测）所获得结果是，前两者的比例在 1∶2—2.5，只有专家估测法的结果为 1∶3。这个结论似乎使上面第三种情形得到了另一项估测的证实。

需要说明的是，以上四种方法估测的结果都证明了一点，专家们过多地相信了国际卫生组织或者国外的经验，在没有对中国的实际进行深入研究的情况下，过高地估计了中国吸毒的总人口。同时需要指出，由于客观上吸食海洛因人群因体貌特征及治疗需求等因素而较易发现，早些时候中国吸毒人群主要是吸食海洛因人群，而今天吸毒人群已大为不同，合成毒品吸食人群已逐渐成为主流。在这种情况下，如果说我们对吸食海洛因人群统计尚接近基本实际情况的话，那么我们对合成毒品吸食人群规模的认识，不论是官方还是其他方面的研究，尚有很大的提升空间。

（二）种类

图 2-4 是根据中国国家禁毒委员会办公室 2011 年公布的《中国禁毒报告》对截至 2010 年年底全国发现登记吸毒人员吸食不同种类毒品所占百分比的统计分析显示。这基本反映了中国现阶段吸毒人群吸食毒品种类的实际情况。

吸食海洛因人群仍占大多数，而吸食合成毒品人数比过去已有了大幅上升。

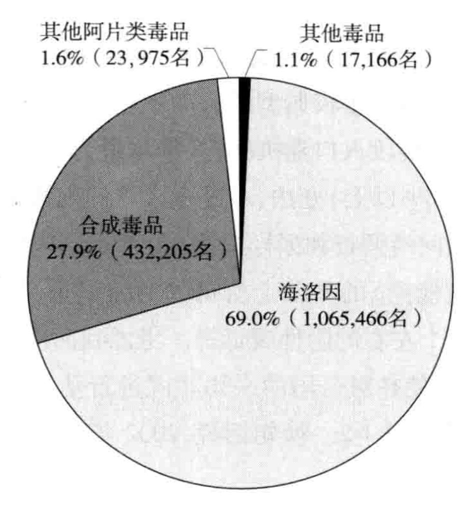


图2-4　截至2010年年底全国发现登记吸毒人员吸食不同种类毒品比例图

（三）程度

据中国国家禁毒委员会办公室报告，在国家社区药物维持治疗工作组的推动下，各地继续推进社区药物维持治疗工作，在吸毒人员相对集中地区开设维持治疗延伸服药点，探索与其他戒毒措施间的有效衔接，扩大了维持治疗覆盖面，提高了维持治疗率。截至2010年年底，全国药物维持治疗工作扩展到27个省（区、市）588个区县的700个门诊及200多个延伸服药点，配备流动服药车28辆，累计治疗病人29万名，在治人数13万名。97%登记吸毒人数达500人以上的区县开展了社区药物维持治疗工作，巩固了戒毒成果，降低了毒品危害。据统计，参加维持治疗一年后，吸毒人员一个月内有注射吸毒行为的比例从高峰期的78%降至7%，全国累计发现艾滋病毒感染者中经吸毒传播的比例从2009年的32.2%降至24.3%。[1]

根据国家首次发布的艾滋病死亡统计报告，在中国，吸毒者和通过性传播感染艾滋病的患者，其死亡率是因输血而感染艾滋病患者的两倍。

中国疾病预防控制中心的研究人员在2011年9月出版的医学期刊《柳叶刀》中披露：每一百个艾滋病患者中，输血感染者有6.7人死亡，而毒品

[1] 国家禁毒委员会办公室：《2011年度禁毒报告》，http://www.mps.gov.cn，访问时间：2012年3月5日。

注射感染者有15.9人死亡,性传播感染者有17.5人死亡。并且他们发现,由于接受治疗的患者数量增长,在2002至2009年间,中国艾滋病患者的死亡率降低了近三分之二。

第三节　中国吸毒问题特点

一、总体特征

目前,中国除原先海洛因问题仍然占主导地位外,冰毒、氯胺酮等合成毒品违法犯罪活动呈现高发态势,全国16个省(区、市)破获合成毒品案件总数上升超过20%,27个省(区、市)缴获合成毒品总量超过传统毒品。在海洛因吸食人群仍居高位的同时,吸食合成毒品人群进一步扩大。据近年国家食品药品监督管理局发布的《药物滥用监测报告》显示,自2005年以来,全国海洛因滥用比例持续下降,冰毒滥用比例持续增长,表明我国传统毒品滥用得到一定遏制,但合成毒品滥用情况突出。总体来看,有以下几个特点:

一是合成毒品的消费市场进一步扩大。近年来,每年新发现滥用合成毒品人员均在10万人以上。滥用合成毒品人数占吸毒人员总数的比例不断上升,2007年占16%,2008年占19%,2009年占23%。截至2010年年底已占28%,平均年增长率为41.3%,公安机关登记人数已达43.2万名。[1]

二是涉及区域不断扩大。吸食合成毒品人员有从经济发达的大中城市向周边经济欠发达的小城市和农村蔓延的趋势。

三是吸食冰毒人员明显增多。在合成毒品吸食人群中,目前吸食冰毒人员所占比例为64.9%,其次是吸食氯胺酮人员,占26.4%,吸食摇头丸的占5.7%。

四是东北地区滥用合成毒品情况突出。黑龙江、吉林、辽宁三省登记的滥用合成毒品人员已占全部吸毒人员的72%以上。

五是娱乐场所依然是合成毒品滥用的"主阵地"。但目前正由歌舞娱

---

[1] 国家禁毒委员会办公室:《2011年度禁毒报告》,http://www.mps.gov.cn,访问时间:2012年3月5日。

乐场所向酒吧、宾馆、洗浴中心等其他服务场所及出租屋、别墅等私密场所蔓延。

六是所滥用的合成毒品大多由同伴提供。据《2009 年度药物滥用监测报告》显示，2009 年新发生合成毒品滥用者从同伴中获取毒品的比例高达 65%。

当前合成毒品滥用现状令人担忧。尤其令人不安的是，合成毒品危害的最主要人群是青少年。目前合成毒品滥用低龄化现象越来越明显。在新查获的滥用合成毒品人员中，平均年龄为 29.8 岁，比海洛因滥用人员低 5.9 岁，这一差距正在持续加大。目前，25 岁以下青少年已近一半。以“90 后”吸毒人员为例，2008 年公安机关掌握的“90 后”吸毒人员 1.7 万人，2009 年迅速增至 3.7 万人，1 年内增长 115%，其中一半左右都有复吸查获记录，最频繁的曾在两年中被查获 6 次。他们中 80%以上滥用的是冰毒和氯胺酮。广东部分地方查处的青少年违法犯罪案件中，因吸毒诱发的高达 80%。青少年吸食合成毒品问题已经成为我们必须正视的社会问题。

国家禁毒委员会办公室的《年度中国禁毒报告》和国家食品药品监督管理局发布的《年度药物滥用监测报告》均显示，我国禁毒形势依然严峻，药物滥用防治任务艰巨。

以下分别就合成类毒品、传统类毒品以及移动互联网时代的毒品流行滥用行为特点和趋势特征展开阐述。

二、合成毒品问题

一段时期以来，中国合成毒品滥用问题日趋严重。鸦片、海洛因等传统毒品滥用规模趋于稳定，而冰毒、摇头丸、氯胺酮等合成毒品滥用人数迅速上升。合成毒品滥用人数比例在 2001 年时仅为全部滥用人数的 2.5%，2004 年上升到 9.5%，2010 年则上升到 27.9%。[1] 许多大中城市吸食合成毒品的人数占到整个吸毒人数的 60%以上，有的城市甚至超过 90%。全面、清晰地认识其特点和趋势，对于掌握未来禁毒工作的主动权、全面减少

[1] 国家禁毒委员会办公室：《2011 年度禁毒报告》，http://www.mps.gov.cn，访问时间：2012 年 3 月 5 日。

毒品需求具有极其重要的意义。

（一）合成毒品流行滥用人群的行为特点

1.社会学研究及其主要发现

随着合成毒品的出现，上海较早开展了“新型毒品滥用现状、发展趋势及应对策略”的实证研究。该研究采用定量与定性相结合的研究方法，选取上海市拘留所、戒毒所和社区的吸毒人员，回收面对面调查问卷656份，个案访谈40名，研究关注新型毒品流行的因素，并提出了新型毒品使用者的五大基本特征：一是男性“势众”、女性“速疾”的性别差异；二是低龄浪潮涌现的年龄结构；三是“低等”密度高、“高等”势迅猛的学历分布；四是非稳定就业占据半壁江山的职业状况；五是四成“分崩离析”的婚姻状况。该研究还分析了上海新型毒品使用人群的“群体性”特点，提出群体心理导致个体理性泯灭的观点。由此可见，新型毒品使用人群具有“年轻化”、“集群化”等特点。

以上研究和主要发现在合成毒品滥用的社会学研究中比较有典型意义。

2.流行病学调查方面

2008年北京市公安局与北京大学中国药物依赖性研究所共同完成的国家重点基础研究发展计划项目“北京地区三种新型毒品流行滥用特征”为国内合成类毒品滥用问题研究提供了典型的范例之一。该研究的目的是了解北京地区发生流行性滥用的主要“新型毒品”的滥用现状、滥用特征和对个体身心及社会的危害。研究方法是自拟调查问卷对北京市公安局强制戒毒所2007年8月—2008年3月收治的主要吸食冰毒（MA）、摇头丸（MDMA）、氯胺酮（Ketamine）的人员进行调查。结果发现：共调查“新型毒品”滥用人员268名，其中滥用毒品种类以MA为主139例（51.9%），以MDMA为主62例（23.1%），以氯胺酮为主67例（25.0%）；被调查对象的年龄29.2±s6.3a（最小年龄19a，最大年龄50a）。滥用者的职业涉及多种行业，以私营/个体劳动者（37.5%）和无业者（32.2%）为主。三种“新型毒品”滥用方式和滥用场所的特征是：冰毒滥用场所以家中（59.7%）为主，主要滥用方式为烫吸（98.6%）；摇头丸滥用场所主要集中在歌舞厅（66.1%），滥用方式以口服为主（96.8%）；氯胺酮滥用场所以歌舞厅为主（55.2%），滥

用方式以鼻吸为主(91.0%)。滥用毒品的种类除以上述三种“新型毒品”为主外,该群体中的部分人还有“麻谷”、可卡因、大麻和海洛因滥用行为/经历。该群体95.5%在停止使用后出现不同程度、不同表现的戒断症状/体征,59.0%出现过主动或强迫性寻找和服用“新型毒品”的行为。268例“新型毒品”滥用者滥用“新型毒品”后均出现了涉及重要生命器官和精神系统不同程度的中毒症状/体征,使用“新型毒品”后体重平均减轻12.57kg±s9.25kg,有4.5%的滥用者发生急性中毒。有27.3%发生与使用“新型毒品”有关的冲动行为、易激惹及打架、吵架等行为,63.6%发生过与使用“新型毒品”有关的性冲动,4.9%发生性暴力行为。结论是:北京地区“新型毒品”滥用及其产生的健康和社会后果严重,滥用后可产生中度至次重度躯体依赖和精神依赖,精神依赖性强度强于躯体依赖性。由于其特殊的药理/毒理学作用,滥用后不仅损害了个体健康,也给社会治安带来了严重的隐患。目前北京地区正面临着继海洛因之后多种“新型毒品”流行滥用的威胁。

3.其他方面的研究及主要发现

除以上研究外,涉及合成毒品滥用方面的研究还有许多,其中以公安机关在大量执法实践中的实际调研和定性研究最为多见。以下是一些研究发现的总体概括:

研究普遍认为合成毒品传入我国已有近二十年,种类不断推陈出新,蔓延快,吸食人群和地区不断扩展,危害越来越大,必须引起高度重视。在滥用特点方面:

一是合成毒品在我国蔓延速度快,而且以吸食“冰毒”、“摇头丸”、氯胺酮为主。根据合成毒品的毒理学性质,可分为兴奋剂、致幻剂、兼具兴奋和致幻作用的物质,以及以中枢抑制作用为主的物质四类。滥用合成毒品种类增多,冰毒、摇头丸、氯胺酮(俗称“K粉”)及安钠咖、三唑仑等在部分地区均形成了一定规模的消费市场。而在娱乐场所,人们主要吸食“摇头丸”和氯胺酮。1996年,苯丙胺类毒品的新成员“摇头丸”从香港闯入广州,并不断向云南、广东、湖南、上海挺进,传播速度之快令人猝不及防。全国大中城市的许多歌舞娱乐场所吸食摇头丸、K粉的现象相当普遍。1996年专家预计在未来5至8年内吸食冰毒的人数有可能与吸食海洛因的人数逐渐接

近，到 2010 年，冰毒及其他苯丙胺衍生物甚至有可能超过海洛因而成为首选的销魂药。不幸言中的是，从 1999 年起，我国苯丙胺类毒品的缴获量开始大大超过海洛因。据统计，2000 年全国苯丙胺类毒品的缴获量是 20. 9 吨，海洛因是 6 吨。2005 年全国共缴获海洛因 6. 9 吨、冰毒 5. 5 吨、鸦片 2. 3 吨、摇头丸 234 万粒、氯胺酮 2. 6 吨。2005 年，云南缴获冰毒 2. 62 吨，占全国 48%。而且缴获冰毒数量第一次超过缴获的海洛因数量。

此外，一段时期以来，各地查获滥用合成毒品的人数不断增加。广东省查获滥用摇头丸（含 K 粉）的人数为：2000 年 600 人，2001 年 5，000 人，2002 年 6，700 人，2003 年 8，826 人，2004 年 10，430 人。黑龙江省 2003 年 34，000 名登记在册吸毒人员中，滥用冰毒片剂、"摇头丸"等苯丙胺类毒品的占 85%以上，其中哈尔滨市达到了 95%。[1] 据公安部最新资料显示，辽宁、吉林、黑龙江等地吸食新型毒品人数已超过传统毒品人数。

从执法实践中的情况看，冰毒、摇头丸、氯胺酮之所以被越来越多的人滥用，原因是多方面的。一方面，不少吸食者对冰毒、摇头丸、氯胺酮的危害缺乏认识。由于"摇头丸"、氯胺酮服用后成瘾时间比较长，且大多在特定场所内才发生作用，身体依赖性不强，突然停止使用后不出现显著的戒断症状，使吸食者错误地认为海洛因、鸦片是毒品，冰毒、摇头丸、氯胺酮不是毒品，服用后没有多大危害。部分青少年甚至认为吸食摇头丸、氯胺酮等合成毒品十分时尚，能找到所谓的灵感，吸食海洛因等麻醉品已被认作"老土"，是一种落伍的行为。另一方面，冰毒、摇头丸、氯胺酮的兴奋效果迎合了人们缓解压力、放松身心的心理需要。近年来，吸食的摇头丸由多种兴奋剂（冰毒、MDMA、麻黄素、咖啡因、氯胺酮、解热镇痛药等）所构成，吸食后会很快产生精神快乐的感觉，性格开放，警惕性放松，容易与陌生人交流并产生好感。多数吸食者承认他们此时出现脱离现实的妄想和幻觉，其得意洋洋、自鸣得意的感觉特好。而氯胺酮最大特点是在亚麻醉剂剂量状态下，吸食者出现躯体与意识相分离的感觉，宛如灵魂进入另一个世界，俯视人间或感受缥缈虚无的世界。吸食"摇头丸"、氯胺酮产生的这些感觉对于处在高

---

[1] 任克勤：《新型毒品犯罪问题研究》，中国人民公安大学出版社 2009 年版，第 188—189 页。

度紧张、快节奏社会生活的人们来说显得格外重要，因而造成这类毒品很快流行。氯胺酮药效持续时间不长，最多1个小时，也比较容易恢复神智，吸食后没有摇头丸难受，还有迷幻效果，因此，很受欢迎。其三是出于安全的考虑。由于海洛因生理依赖性的严重反应和注射痕迹明显的特点，已经深深地被社会认识，吸毒者不但容易被人们识别和遭受内心、身体和社会的伤害，而且也受到法律的严厉打击，因此，寻求一种相对比较"安全"的毒品成为吸毒者和贩毒者共同的目标。由于冰毒、摇头丸、氯胺酮可采用口服、鼻吸，而且生理依赖不明显，自然成为吸毒者和贩毒者追逐的对象。一些年轻人甚至误认为摇头丸、氯胺酮不属于法律打击的对象，因此，吸食摇头丸、氯胺酮成为一种"时尚"。另外，对海洛因等主要毒品的来源地的打击力度加大，造成海洛因的产量减少，使得吸毒者不得不考虑改变用药。而且由于以前人们对"摇头丸"、氯胺酮等合成毒品的危害性缺乏足够的认识，因此，在实际工作中，忽视了对它们的严厉打击，这也是造成滥用的重要原因。其四是容易合成，成本低，贩卖可获高额利润。在盛产合成毒品的东南沿海一带，有"厨房工厂"的说法，意即有个普通厨房就可以生产合成毒品。一粒"摇头丸"的成本价不过几元，在广东等地的批发价也不过一二十元；而氯胺酮的成本价也就是几十元一克，批发价在200元左右，可到了内地，一粒"摇头丸"的价格是80元到150元；氯胺酮大约卖到1,000元到1,200元左右，这比海洛因的价格还高很多。高额的利润必然刺激疯狂的制贩毒犯罪。因此，在有的地方一些生意好的娱乐场所，购买"摇头丸"、氯胺酮就像买啤酒一样容易，自然导致吸食毒品的泛滥。其五是一些娱乐场所默许、包庇、纵容贩卖和吸食合成毒品。合成毒品的泛滥和娱乐场所的非法经营有密切关系，甚至两者相互依存、相互依赖。有的娱乐场所经营者为了招揽生意、刺激消费、凝聚人气，对毒品交易和消费置若罔闻、视而不见。甚至有的工作人员还与贩毒分子有着千丝万缕的联系，或直接在娱乐场所从事毒品销售。有的小酒吧经营者本身就是吸毒人员，开设酒吧就以毒品招揽生意，以毒品为促销手段。有的场所业主对管理持对抗态度，其内部防范查处的措施严密，常常采取一些反侦查手段，妨碍公安机关的查处。此外，受行政干预的影响也是一个原因。许多城市娱乐场所多为外资或合资经营的，一些地方政府担心影响外商投资和当地经济发展，造成对娱乐场所的正常管理

缩手缩脚，更不敢去娱乐场所查线破案，制约了工作的开展，使娱乐场所成为合成毒品滋生蔓延的土壤。

二是高发人群的扩散和低龄化。在西方社会，合成毒品滥用群体从早期的摇滚乐队、流行歌手和一些亚文化群体蔓延至青少年群体为主的社会各阶层。在我国，广东、辽宁、吉林、黑龙江等地吸食合成毒品人数已超过传统毒品人数。吸食合成毒品的群体由过去以社会无业青年为主逐步向公司职员、演员、大学生和国家公务员等其他社会阶层扩散。目前，娱乐场所摇头丸、氯胺酮（K粉）等毒品滥用人群以青少年为主。在广东省2005年查获的吸食新型毒品人员中，年龄最小的仅为13岁。重庆市查获吸食新型毒品的人员主要集中在16—25岁之间，占总数的73%，初次吸食者年龄平均22.5岁，青年学生成为贩毒人员的追逐对象。[1] 从全国来讲，吸食合成毒品的绝大部分是年轻人，年龄越来越低，不分职业，各行各业都有。某地对几家迪厅、歌舞厅进行突击检查，当场查获11名服食摇头丸的吸毒者，其中大专生2名、中专生3名、高中生2名、初中生4名，年龄段在19岁的2名、20岁至25岁的9名。在一些迪厅、夜总会等场所，一些涉世不深的待业女孩，在“钱”和“毒”的双重诱惑下，从事着“陪嗨”（吸摇头丸、K粉）职业，她们为给客人“助兴”，所以客人给什么药就得吃什么药，并且保证服务到位。特别是那些想“嗨”又“嗨不起”的年轻女性很自然地就选择了“陪嗨”这一职业。“以陪养嗨”既能暂时解除毒瘾，又能赚到不菲的钱。

另外，在珠江三角洲地区，港澳地区居民过境吸食新型毒品的现象比较突出，特别是在周末。他们认为内地执法环境宽松，查得不紧，比较安全。而且港澳地区一些黑社会在内地开设的娱乐场所也带动了部分港澳居民在内地吸食毒品。

三是群体吸食特征。与传统毒品吸食不同，一些合成毒品吸食者需要在娱乐场所及其他场所与一群人一起吸食，才能满足他们寻求刺激的目的，于是他们将周围的人引进吸毒圈。群体性服食合成毒品的人员相对比较稳定，人员之间也比较熟悉，少则三五人，多则几十人聚集成群，只要有一个人

---

[1] 任克勤：《新型毒品犯罪问题研究》，中国人民公安大学出版社2009年版，第190—191页。

服食,其他人也会自觉不自觉地服食。一些青少年甚至到娱乐场所以“请客”吸食摇头丸、氯胺酮等新型毒品的方式庆祝生日。因此,合成毒品吸食群体在以传销方式迅速扩散增长。据浙江省2005年查获的吸食新型毒品案件看,50%以上是一次查获5人以上的群体性案件,其中不乏一次查获二三十人以上的特大群体吸食案件。在杭州市查获一起集体吸毒案件,一次性抓获了84名集体吸毒人员。[1]

四是涉毒场所和地区逐步扩大化。西方社会称合成毒品为“舞会药”或“俱乐部药”,它们最早起源于20世纪60年代一些欧美国家,主要在夜总会、酒吧、迪厅中被滥用。目前我国流行的合成毒品也多发生在娱乐场所。迪吧是一个群体消费活动场所,而青少年一旦遇有朋友聚会、生日PARTY,多愿意选择到这种场所消费。但因涉世不深,行为上具盲目性、模仿性,当接触到毒品时,却还不认为自己是在吸毒,这就给了毒品犯罪分子可乘之机。调查发现,因吸食合成毒品需要有特定的音响环境才够刺激,因此,吸食新型毒品常集中在具有重低音音响设备的迪吧内。据调查发现,一些娱乐场所特别是迪斯科舞厅内,不法分子在晚上21时左右集结待命在一起向“马仔”派“货”,到23时左右就进入娱乐场所,伺机兜售。凌晨1时至3时为高峰期,这是人员最多、最疯狂的时候,他们便开始兜售摇头丸,都是人“货”分离,每一个团伙均有一个“窜场”和一个拿货“马仔”,窜场“马仔”负责到场内兜售,收到钱后由拿货“马仔”交货给窜场“马仔”带给服食者。事实证明,当前一些疏于防范管理的歌舞娱乐场所,已成为合成毒品发展蔓延的温床。少数不良从业主或从业人员为牟取暴利,纵容场所内贩吸合成毒品违法犯罪活动的发生,甚至出现以此招揽生意或内外勾结、里应外合帮助吸毒人员逃避打击的情况。2004年全国性的扫毒行动中,共暗访和整治了涉毒的娱乐场所8万多家,停业整顿涉毒场所1,800余家,查封900余家。令人担忧的是,吸食摇头丸、氯胺酮等毒品场所由迪斯科舞厅、KTV等逐步向茶艺吧、咖啡厅、酒店、宾馆、各种大型的聚会性晚会和私人舞会等场所蔓延,甚至出现了家庭派对群体吸毒的现象。吸食合成毒品的问题也逐

[1] 任克勤:《新型毒品犯罪问题研究》,中国人民公安大学出版社2009年版,第190—191页。

渐从经济发达地区向经济相对落后地区扩散蔓延，过去是在东南沿海这一带，现在西南地区、西北地区、东北地区基本上都已蔓延。在一些中小城镇和大城市周边等原本问题尚不十分严重的地区，合成毒品也有抬头发展的趋势。

（二）合成毒品流行滥用趋势特征

目前，全世界苯丙胺类兴奋剂的吸食人数仅次于大麻，居世界第二。2004年2月12日召开的国家禁毒委员会全体委员会议材料表明，中国吸食冰毒、摇头丸、氯胺酮及其他麻醉药品、精神药物的人数呈不断上升趋势，且多种毒品交叉滥用的情况十分严重。国内歌舞娱乐场所贩卖、吸食摇头丸，新疆及沿海大中城市滥用大麻，东北地区滥用杜冷丁以及山西、内蒙古等华北地区滥用安钠咖等情况较为普遍。并指出，青少年、社会无业人员、农村进城务工人员、娱乐场所从业人员等已成为我国吸毒的高发人群。据调查，我国许多大中城市吸食合成毒品的人数占到整个吸毒人数的60%以上，有的城市甚至超过90%。2005年5月26日，国家禁毒委员会办公室在国务院新闻办公室召开的新闻发布会上介绍中国开展禁毒人民战争等方面的情况时说，鸦片、海洛因等传统毒品滥用规模趋于稳定，娱乐场所内滥用摇头丸、氯胺酮等合成毒品人数迅速上升，滥用比例已从2001年的2.5%上升到2004年的9.5%，比2001年上升了7个百分点。之后，发展态势愈演愈烈，2010年，合成毒品滥用人数比例上升到27.9%。被专家称为“21世纪毒品”的合成毒品，大有取代海洛因成为吸食毒品群落最主要消费品之势，这些新型毒品的流行已构成对我国新的严重威胁。

1.合成毒品滥用人群规模仍将持续扩大。据中国国家禁毒委员会办公室统计，截至2009年年底，滥用合成毒品的人数已占全国登记吸毒人员的23.5%，达314,072人；截至2010年年底，滥用合成毒品的人数则占全国登记吸毒人员的27.9%，达432,205人。从公安机关执法情况看，国内所有省、区、市均破获合成毒品贩卖、贩运犯罪案件和查获合成毒品吸食人群。东北三省及其他一些内地省市出现大批吸食缅北麻古（冰毒片剂）人群以及国内摇头丸、氯胺酮等合成毒品吸食人群的不断增多，拉动了缅北冰毒通过海洛因贩运渠道大规模入境以及其他合成毒品的非法入境，同时也刺激了国内合成毒品的非法生产和加工。反过来，合成毒品的大量入境及国内

的生产加工势必进一步催生新的需求，导致合成毒品吸食人群的持续扩大，致使我国的毒品形势进一步恶化。从中国国家禁毒委员会办公室统计的数据情况看，近些年来，滥用人群已由过去以社会无业青年为主，逐步向公司职员、演员、大学生和国家公务员等其他社会阶层扩散。

2.合成毒品供求市场半径仍将延伸。回顾中国与合成毒品违法犯罪斗争的历程，我们可以粗线条地勾勒出其供求市场半径由点—线—面的大致延伸脉络。

一是点的阶段（20世纪90年代初期至中期）。冰毒登陆内地大致在20世纪90年代初。1990年以来，我国周边一些国家、地区苯丙胺类毒品消费市场不断扩大。在暴利的驱动下，我国制贩冰毒、摇头丸等苯丙胺类毒品犯罪开始出现。1991年福建厦门警方查获由台湾黑社会成员林建成等人设立的制造冰毒窝点；同年，广东警方也侦破了首宗制贩冰毒案件。由此拉开了内地警方同合成毒品违法犯罪作斗争的序幕。

冰毒率先登陆福建、广东两省绝非偶然。犯罪是犯罪嫌疑人久有意识选择的结果；某种犯罪的流向也自有其规律性。当我国台湾地区成为冰毒的主要制造地后，台湾警方加大了对制贩冰毒犯罪活动的扫荡力度，重拳出击，严厉惩治。在严密控制、严厉打击的高压态势之下，制贩毒分子深感继续在台湾大规模地制毒风险太大、成本太高，于是谋划“挪窝”——换一个地方。福建与台湾仅一水之隔，海岸线长达2,200多公里，且台湾同胞绝大多数祖籍福建，两岸有着割舍不断的血缘关系，这种特殊的地缘和人缘关系决定了福建将成为冰毒这类犯罪的“桥头堡”。而同处东南沿海且毗邻香港的广东，自然也首当其冲。

二是线的阶段（20世纪90年代中后期）。20世纪90年代中后期，我国的制贩冰毒犯罪活动已经由点连线，东南沿海地区逐步成为该类犯罪的主要发生地。这一时期，福建仍然是苯丙胺类毒品犯罪的重点地区之一。福建省自1991年5月查获较早的一个制毒窝点以后，侦破该类犯罪案件的数量不断增加。1991年至1997年先后破获制贩冰毒案件68宗，居全国之首。其中，至1995年达到历史新高，创下该省侦破制贩冰毒案件的最高纪录。显然，20世纪90年代初期至中期，福建省制贩冰毒犯罪相当猖獗，是我国制贩冰毒犯罪的高发地区。同时，不仅局限于福建，其他东南沿海地区

也陆续发生合成毒品制贩案件。1996 年以来，韩国、日本的不法分子在我国辽宁、吉林、黑龙江、山东等环渤海地区设厂加工冰毒的案件就时有发生。特别是毗邻福建的广东，受其辐射、转移的影响，制贩合成毒品的案件逐年攀升，成为继福建之后我国该类犯罪的又一高发地区。

三是面的阶段（21 世纪初至今）。进入 21 世纪以来，我国的制贩冰毒等合成毒品犯罪活动已经由线到面，即开始由东南沿海地区波及内陆地区，湖南、湖北、江西、河南、安徽、内蒙、广西等众多省区相继发现并查获了制造冰毒等合成毒品的地下加工厂。我国自 1994 年第一次报道发现摇头丸滥用者以来，走私和制贩摇头丸的案件时有报道，特别是进入 21 世纪后，这类违法犯罪在我国特别是地处改革开放前沿的广东省出现迅猛发展的势头，并在歌舞娱乐等场所广为流行，服用摇头丸成为部分年轻人的一种时尚追求，之后迅速向内地蔓延。这类犯罪活动的发展蔓延，特别是向内陆地区的延伸，一方面与沿海地区加大了发现、打击的力度有关，另一方面也是不法分子为了逃避打击、不断变换作案地点的“聪明”选择。

氯胺酮，俗称“K 粉”，是一种纯白色细结晶体，临床上用作手术麻醉剂或麻醉诱导剂，具有一定的精神依赖性，属于我国规定管制的精神药品。2001 年 5 月 9 日和 2003 年 11 月 1 日，国家食品药品监督管理局先后将氯胺酮原料药和制剂列入第二类精神药品管理；2004 年 7 月 5 日，根据国家禁毒形势的需要，国家食品药品监督管理局将氯胺酮列入第一类精神药品管理。

据有关文献记载，最早作为毒品吸食的 K 粉一般都是从境外或国外通过走私渠道流入我国。进入 21 世纪后，我国制贩氯胺酮的犯罪活动十分猖獗。不仅有大量的氯胺酮走私进入我国，也有大量制贩毒团伙在国内生产、贩运和销售氯胺酮，既走私国外或境外，又销往国内各大中城市的娱乐场所，甚至形成了产、运、销“一条龙”运作的犯罪模式和犯罪团伙。从制造技术的层面看，采用物理过程和化学反应两种工艺加工制造均有。早期大都是从制药企业骗购氯胺酮针剂，然后通过物理性质的加工，提取出 K 粉，其生产工艺和技术、设备都相对简单。而利用某些化学原料和试剂，通过化学方法制造氯胺酮则相对复杂，但善于钻营的制毒分子现在已经突破这一技术“瓶颈”，真正摆脱了对盐酸氯胺酮针剂的依赖。2001 年 10 月，浙江省台

州市某医药化工有限公司原法定代表人王敬祝，在广州接受福建人林绍清提供的游离碱（系制造氯胺酮的主要原料）的结构式，然后请黄小庭（博士，原为中国科学院上海有机化学研究所干部）检测，并希望提供有关生产氯胺酮的资料。王敬祝根据黄小庭提供的资料，在某化工厂生产了99公斤游离碱，于2001年11月至2002年春节期间以托运或自己护送的方式分4次贩卖给林绍清，非法获利72万元。2004年6月，江苏警方在泰州捣毁一特大制造氯胺酮地下加工厂，现场缴获氯胺酮113公斤。经权威部门检测，这些通过化学方法生产的氯胺酮纯度非常高。而主犯朱华平初中未毕业，一个连初中都没有毕业的人是怎样试验出这种全新K粉生产工艺的呢？开始，朱华平想得也比较简单，以为氯胺酮就是用氯仿、氨水、丙酮这三样东西混合在一起，搅拌以后就能生成。当朱华平发现实际的化学程序并非想象的那么简单时，他开始自学化学，并到图书馆查阅有关氯胺酮的资料。2004年4月，他在一家大型图书馆发现了一份介绍氯胺酮制造工艺的杂志，如获至宝的他立即将杂志复印。然后采购所需的原料，邀请曾在上海一家化工厂干过技术工人的江国定等同伙进行试制，很快获得了成功。在这一期间，氯胺酮吸贩问题已在内地蔓延开来。

受国际国内毒情形势的影响，在合成毒品泛滥半径的延伸过程中有两个趋势特征尤为明显：

一方面是制贩吸合成毒品违法犯罪活动将从东南沿海地区向内地蔓延和境外转移。东南沿海地区特别是福建、广东曾一度是合成毒品制贩的重点地区。但随着沿海地区对这类犯罪打击和查控力度的加大，该类犯罪活动将出现朝内地蔓延和境外转移的趋势。以广东为例，2002年以来，全省查获的制造冰毒工厂同以前相比，无论在工厂的数量还是制毒数量和制毒规模上都明显减少或变小。而其他省市却先后查获了制造冰毒工厂，其中有的是从广东省迁移过去，有的疑犯是广东籍或者曾经在广东制过毒。2002年年底，我国台湾地区警方在台南县查获一个制造冰毒的工厂，缴获毒品及半成品300多公斤。犯罪嫌疑人交代，由于在广东和福建开辟制毒工厂的计划受阻，才将制毒工厂迁回台湾。目前，绝大多数省、市、自治区都破获过合成毒品案件。与此同时，缅北已发展成为亚洲最大的、对我国威胁最为严重的冰毒片剂（麻古）生产基地。

另一方面是境(国)内外双向流动的格局还会延续。由于双向需求以及过境因素的存在,合成毒品双向流动的格局在短期内不会改变。从流入来看,在我国周边仍然面临几个毒源地的威胁:一方面是西南地区境外面对的“金三角”,主要是冰毒特别是冰毒片剂的大量流入。据报道,2005 年云南省缴获的冰毒数量首次超过海洛因等传统毒品后,冰毒缴获数量持续增多,这与开展替代种植使该地区鸦片产量减少,而地下制造冰毒工厂增多有直接的关系。另一方面是东南沿海地区,主要是摇头丸、K 粉等新型毒品的流入。此外,是东北境外面对的朝鲜半岛和其他一些毒源地。从流出来看,其方向仍然以我国台湾、香港地区以及韩国、日本、菲律宾、美国和欧洲等主要合成毒品消费市场为主。

联合国毒品与犯罪问题办公室最新报告:东亚和东南亚的甲基苯丙胺缉获量也显著上升,从 2008 年的 12 吨升至 2009 年的 16 吨和 2010 年的 20 吨。中国继续受到大规模非法甲基苯丙胺制造、贩运和滥用的影响。在整个 2005—2009 年期间,中国报告的甲基苯丙胺年度缉获量介于 6 吨至 7 吨之间;2010 年的缉获量上升到 9. 9 吨。这似乎包括大量和数量日益增多的晶体甲基苯丙胺(从 2009 年的 2. 5 吨增加到 4. 2 吨)和甲基苯丙胺片(从 2009 年的 4, 100 万片增加到 5, 800 万片)。甲基苯丙胺被从缅甸偷运到中国云南省,并被偷运到中国广东省和广西省。尽管如此,在中国仍然有大规模的苯丙胺类兴奋剂非法制造。2010 年,中国捣毁了 378 个秘密加工点,其中很大一部分可能制造甲基苯丙胺。此外,2011 年第一季度的数据表明,苯丙胺类兴奋剂的非法制造在中国呈上升趋势。[1]

消费拉动生产,生产刺激消费。在双向流动及国际、国内的合成毒品大量制贩刺激之下,国内的合成毒品消费半径也将持续延伸。全国大中城市歌舞娱乐场所吸贩摇头丸和 K 粉等合成毒品的情况仍然会十分突出,而且这一现象将不断向三线城市和县域乃至乡镇延伸。由此,涉毒的场所和地区以及滥用人群还在进一步扩大。例如,吸食摇头丸和 K 粉等毒品的场所,过去主要是在迪斯科舞厅和 KTV 包房等,现在已逐步向茶艺吧、咖啡

[1] UNODC,“World situation with regard to drug trafficking”,Commission on Narcotic Drugs,Fifty-fifth session.http://www.unodc.org,访问时间:2012 年 3 月 4 日。

厅、酒店、宾馆等场所蔓延，甚至出现家庭派对群体吸毒的现象。

3.新型化学合成毒品将会不断出现。随着合成毒品问题的日益突出，广大公众对合成毒品危害认识的提高，政府打击、管控力度持续加大。表2-2系1991年以来我国缴获冰毒等新型毒品的情况。

表2-2　1991年以来我国缴获冰毒等新型毒品情况

年　份	冰　毒	摇头丸	氯胺酮
1991	351公斤		
1992	655公斤		
1993	5公斤		
1994	460公斤		
1995	1,304公斤		
1996	1,599公斤		
1997	1,334公斤		
1998	1,608公斤		
1999	1,600公斤		
2000	2,900公斤	24万粒	
2001	4,800公斤	207万粒	
2002	3,190公斤	301万粒	
2003	5,830公斤	40.9万粒	
2004	2,700公斤	300万粒	
2005	5,500公斤	234万粒	2,600公斤
2006	5,950公斤	45.41万粒	1,790公斤
2007	5,800公斤	221万粒	6,000公斤
2008	冰毒及其片剂:6,150公斤		5,270公斤
2009	6,600公斤	106.2万粒	5,300公斤
2010	冰毒及其片剂:9,900公斤		4,900公斤

在看到上述禁毒成果的同时，我们尚需认识到，制贩毒分子为了逃避法律的制裁和法规的管制，以及迎合消费群体的需要或者迷惑消费者，总是绞尽脑汁地不断研制开发新的毒品种类，使合成毒品家族不断地增添新“丁”。而且，随着境内外制贩毒活动的相互交织渗透以及制毒技术与高科

技手段的日益紧密结合,合成毒品的非法研制将不断升级。2005 年 3 月,湖南长沙警方接到某的士公司报案,称乘客遗留在出租车上的一包药品不知究竟是什么东西。警方立即派出专家对这包药品进行了检验。检验结果表明,这竟然是一种用 3 种处方药配置出来的新型合成毒品,俗称"1+1"。这种毒品由 3 种严格控制的处方药混合制成,人服用后,会产生和服用海洛因一样的幻觉与快感,而价格却只有海洛因的 1/5。2005 年,香港和哈尔滨警方相继查获新型毒品——"迷幻蘑菇",这也是一种新型合成毒品,俗称"唠嗑药"、"强奸药",为粉红色片剂,内含"二甲羟色胺磷酸",具有迷幻作用。就目前掌握的情况看,吸食这种毒品能够将国家、单位、家庭及个人的秘密和隐私通过交谈等方式随意告诉他人,并促使吸食者受人支配,出现狂想等症状。如果这类毒品被出于某种政治目的的人和不法分子得到或利用,将危及要害部门、重要人物,其后果不堪设想。

在合成毒品违法犯罪手法不断翻新、大宗的制贩毒案件仍会发生的同时,小规模、作坊式的加工制造将更加普遍。家庭作坊式小型制毒工厂的出现,与境外警方发现的"实验室"制毒工厂非常相似,反映了制毒分子的反侦查意识和制毒技能的提升,是制毒犯罪走向成熟的表现。未来,随着制毒技术的不断研发与流传以及制毒分子自我保护意识的增强,采取小型化、手工化、家庭作坊的方式制毒将更加普遍,新的合成毒品种类也将不断出现。从目前掌握的情况看,一方面是改进工艺,使制造更为简便。据报道,现在国内一些地方开始利用麻黄草直接加工麻黄素,然后用麻黄素再加工成冰毒片。安徽警方在阜阳捣毁的一大型冰毒加工厂,就是通过这样的加工制作程序完成的。这在我国破获的制毒案件中尚属首例。另一方面是使流程分离,一地生产半成品,别地加工成品。其基本走向可能是:把噪音大、污染大、耗水耗电的制造冰毒工厂和制造摇头丸等合成毒品的第一道工序工厂继续设置在相对偏僻的处所或向监控力度相对薄弱的内地转移,而污染相对较小、操作简单的后续工序工厂则选择在城区或沿海地区。三是流动制毒,活动更加隐蔽狡猾。流动制毒是一种动态制毒,是相对于选址设厂的静态制毒而言的。由于制造毒品过程中会产生噪音、废气和废水等,对周围环境污染明显,容易引起外界的注意,犯罪分子便想方设法物色更加理想的制毒场所。2002 年,广东省先后在广州市和河源市的湖泊上以及公海的船舶

上查获了制造冰毒工厂。毒贩在船上生产出冰毒半成品后再转移到陆地的其他地点进行再加工。在船上开设制毒工厂,排污问题迎刃而解,而且处于游离状态,随时可以流动转移,相对于陆地而言,更加安全和方便。因此,将来在海面或江河、湖泊上出现"流动制毒工厂"的个案可能进一步增多。此外,利用货柜车等大型的封闭性流动场所制毒的个案也可能会出现。

随着制毒技术的广为传播和国内合成毒品消费市场的逐步扩大,自主研发、生产和贩卖新型合成毒品的比重将会增加,特别是自产自销的制贩毒团伙,其本土化程度更高。从广东近年来侦破的制造贩卖摇头丸团伙案件看,绝大多数从团伙成员的组成到毒品销售网络的编织,都立足本地以及周边省区,逐步摆脱了对境外的依赖。这种趋势的形成有两个方面的因素值得关注:其一是制毒技术的传播与自主研发。掌握制毒技术是生产毒品的关键环节。随着制毒技术在网络和民间的传播,特别是一些从事药物、生物、化工研究的专业人士的加盟和自主研发,制毒的技术难关迎刃而解。这是导致新型合成毒品的地下加工厂遍及沿海与内地的要因之一。其中特别值得注意是,制毒技术借助网络进行传播。我国曾经侦破过在网络上传播制毒技术的个案。如果网监部门不加强对网络的监控力度,这样的个案肯定还会发生。其二,在众多制造新型毒品的案件中,我们不难发现一个个卷入其中的专家、学者的身影,如广州医学院的留美教师樊可桐(据称是他改写了冰毒制造由境外传入技术的历史),药学、化工专家、原南宁制药厂总工程师林棋桐及其助手李雪岚,参与全国最大制贩摇头丸案的陈羽翰(毕业于广东药学院),为浙江最大制贩氯胺酮案提供技术资料的黄小庭(化学博士,原为中国科学院上海有机化学研究所干部,行将出国攻读博士后),四川、重庆警方联合侦破的"2·1"特大制贩氯胺酮案件的主犯姚福润(华西医科大学药物专业研究生,曾任成都某生物研究所副研究员)等。他们要么经不住金钱的诱惑,要么不甘于商界的失落,试图东山再起,结果一个个陷入犯罪的泥潭不能自拔。随着市场竞争的不断加剧,企图靠邪门歪道致富的人可能还会增多。

在全球化的今天,国际影响不可小视。据联合国毒品与犯罪问题办公室最新报告:虽然还没有关于非医疗使用类阿片和苯丙胺以外处方药物的全球数字,但包括安定剂和镇静剂的使用正成为一种日益严重的健康问题,

在一些国家，此类药物的流行率高于许多受管制药物的流行率。非医疗使用处方药物据报告在年轻成年人、妇女、老年患者和保健专业人员中间较为常见。另一个主要问题是非法药物使用者中间日益增多的多种药物使用者要么将处方药物与其首选非法药物合并使用以增强效果，要么在供应临时中断情况下用处方药物替代其首选非法药物。欧洲和世界其他地区还越来越多地发现和使用"合法兴奋剂"，亦即为规避国际管制而研制的化学合成药物。这些药物中最有名的包括甲卡西酮类似物4-甲基-甲卡西酮（又称"甲氧麻黄酮"）和甲烯二氧吡丁苄酮，后者经常作为"浴盐"或"植物食物"出售，用来替代可卡因或摇头丸等受管制药物。同样，哌嗪衍生物如N-苄基哌嗪和1-（3-三氟甲基苯基）哌嗪也作为"摇头丸"的替代品出售。自2008年以来，在草本吸食混合物中还发现几种合成大麻素（以商标名"Spice"等出售），这些合成大麻素产生类似于大麻的效果，但所含产品不受国际管制。据报告还有其他不受国际管制但用来模仿受管制药物效果或作为替代品使用的合成药物，主要是在欧洲和北美洲，但其他区域也有这种情况。这些药物包括六氯化苯、苯并呋喃基、麻醉止痛剂（如俄罗斯联邦用来转换成krokodil或地索吗啡的可待因）、合成可待因衍生物、氯胺酮（东南亚一种常见药物）和苯环利定衍生物。

4.随着化学合成毒品滥用情况的加剧，治安问题的严重性、复杂性也会愈加突出。除了对吸毒者自身的危害外，合成毒品与传统毒品的又一个引人瞩目的不同点就是传统毒品危害社会治安主要是在吸食之前，即在不可抗拒的觅药心理驱使下的烧、杀、抢、盗等，而合成毒品危害社会治安则主要表现在吸食之后，即滥用合成毒品之后所出现的精神病及其他疾病症状而导致严重危害社会治安的情形。由于合成毒品直接作用于人的中枢神经系统，一次足量尝试就可产生欣快感，并表现出比海洛因更强烈的精神依赖，因此合成毒品其实更易成瘾。苯丙胺类兴奋剂等合成毒品具有强烈的中枢神经兴奋作用，会对大脑神经细胞产生直接的、不可逆的损害，导致急慢性精神障碍；同时，这类毒品还会对心血管产生兴奋作用，导致急性心肌缺血和心率失常，严重的可产生惊厥、脑出血和猝死。因此合成毒品毒性强烈。一些不法分子还经常将若干种合成毒品混合在一起，兜售给吸毒人员，毒品的相互作用很容易导致过量中毒，发生致命的危险。受毒品所致的中枢兴

奋、致幻和抑制作用的影响，合成毒品滥用者易出现兴奋、狂躁、抑郁、幻觉（尤其是被害妄想）等精神病症状，从而导致行为失控，造成暴力犯罪和艾滋病、性病传播等一系列社会问题，因此合成毒品社会危害严重。我国自20世纪90年代开始出现合成毒品滥用问题，近年来，因吸食合成毒品引发的恶性治安案件已在全国大中城市频频发生。吸毒后驾驶的行为严重威胁着社会公共安全。2009年1月5日，浙江省温州市朱某吸食冰毒后驾驶车辆，连撞8车，并持枪向警车射击。2009年8月1日，湖北省武汉市王某吸食麻古后神志恍惚，随后出现呕吐等症状。当日夜间，王某突然用双手猛掐妻子的颈部，并持刀朝妻子连刺20余刀，致孕妻死亡。2010年5月12日，湖北省武汉市文某吸食麻古过量后产生幻觉，殴打女友蔡某，并从餐馆抢来菜刀，当街追砍自己年近八旬的双亲。周边群众戴着头盔、拿着扁担制止时，文某仍对着地上的父母猛砍，致双亲死亡。

三、传统类毒品流行滥用特点

从中国国家禁毒委员会办公室统计的情况看，截至2010年年底，全国发现登记吸毒人员中，海洛因吸毒人员接近70%，超百万之众。研究以海洛因为主的传统毒品流行滥用的行为特点与趋势特征，探求科学解决其办法和措施，是学界和实战领域长期必须面临的课题。

（一）传统毒品（海洛因）流行滥用人群的行为特点

人们在大致了解吸毒人群的规模以后，接下来的问题便是究竟什么人在吸毒？这些人是怎么染上毒瘾的？这些人吸毒的原因究竟是什么？

由于海洛因问题在中国的出现较合成毒品要早得多，所以对海洛因滥用问题的研究也较早开始。较早的《全国五个高发地区非法成瘾物质使用的流行学调查》的结果显示，当时我国非法成瘾物质使用者的主要特点为：男性多于女性（标准化一生中曾用率的男女性别比为6.8：1.0）；高发年龄组为20—29岁；其他高发因素有文化程度较低、无稳定婚姻关系、无稳定职业和经济收入较高等。根据北京大学社会学系于2000—2001年的调查和上一研究小组在1998年的调查，尽管两个研究小组采用了不同的方法，但却得出了几乎完全一致的结果，并且与国家禁毒委员会当时公布的结果非常接近（这从另一个角度证明了公布数字的可信性）。吸食海洛因人群

（当时很少合成毒品吸食现象）可以用八个字来概括：城镇、年轻、男性、无业，即主要是城镇的年轻男性无业人口。在吸毒者中年龄结构是，75%的年龄在35岁以下，其中女性的年龄小于男性；80%以上为男性；在吸毒者中80%为城镇人口；65%只有初中文化程度；50%初吸时已婚；20%来自问题家庭；50%初吸时为无业人员。

2009年广西南宁社会福利医院为了探索引起海洛因滥用可能的高危因素，为提高药物滥用预防的针对性提供指导，对100例女性海洛因滥用人员进行了流行病学调查，结果发现了一些新的情况。方法是对100例配合调查的自愿戒毒女性，运用滥用者滥用前的人口学、社会学特征及其他因素进行调查。结果家庭条件好、吸烟、年龄18岁左右、性格开朗、无业、个体、学生及家属中有吸毒者的是毒品滥用的高危人群。

那么，这些人到底是怎样染上毒瘾的呢？北京大学邱泽奇教授等2001年的调查发现，从初次吸毒的情况来看，92%的人第一次吸毒时并不是一个人，而是与两个以上的人在一起，并且是被邀请；80%以上的人初次吸毒时是完全被"请客"的；85%以上的第一次吸毒尝试就是海洛因；97%的人初次吸毒是在本地的聚会场所，而不是在外地；而在吸毒之前，95%的人对毒品的危害并没有深刻的了解。

关于吸毒的原因，上述调查和其他研究小组的调查都表明，70%—80%的人第一次尝试毒品的主要原因是好奇，其次是"与朋友起哄"。这个结果同时也说明，年轻人在不了解毒品危害的状况下，好奇心的驱使使得他"勇敢"地迈出了危险的一步，而这一步之后如果也没有得到控制，那么他们就会在好奇心的驱使下在2—15天之内第二次尝试，并在2个月左右成为"瘾君子"。

当然，问题也可以从另一个角度来提，即为什么这些人成为了吸毒的脆弱人群。尽管调查并没有直接回答这个问题，但我们仍然从两个方面来解释这个群体的好奇心和"勇敢"。一是时间的富裕。20世纪90年代初期以来，中国失业人口的总量和占劳动人口的比例都在不断上升。根据国家统计局的数据，1992年登记失业人口393.9万人，失业率为2.3%；1995年519.6万人，失业率为2.9%；1998年571万人，失业率为3.1%；2001年，681万人，失业率为3.6%。但根据学者们的估算，到20世纪末期，失业的

劳动人口总量已相当可观，其中绝大部分是16—29岁的年轻人，这是这个群体无所事事而演变为毒品脆弱人群的重要原因之一。

另一个重要的原因是精神的失落。中国的改革开放使中国人经历着人类历史上最为剧烈的社会变迁，甚至法国大革命和英国工业革命都不能与之相比。工业革命是经过了百年时间才完成的变革，虽然彻底地改变了人类的社会生活，但是这样的改变是在悄然中完成的。而中国的社会变革，从计划经济制度向市场经济制度的转变几乎是在转眼之间进行的，人们还没有来得及看清楚，就已经不得不去适应一种必须接受的制度，中国政府在相当长一段时间“以经济建设为中心”理念和行为之下，除了“经济增长”以外，似乎还没有腾出更多精力来关注社会，社会管理方面的缺失显得愈加突出。一个急剧变革的社会中，新旧制度之间的混乱足以让人们随心所欲，为所欲为。而这一点，同样也可以部分解释在中国政府不断加强禁吸戒毒的背景下，吸毒人口仍然迅速增长、毒品市场迅速扩大和和向多元化发展的现象。

上述调查发现无论是因为什么原因，一旦成为海洛因瘾君子，他们就进入了另一个生活领域，这是一个很难被常人理解的世界。以上调查资料显示，海洛因成瘾后的吸毒者90%左右都是在隐蔽的地方一个人吸毒。为了维持失衡的生理状态，海洛因瘾君子必须坚持不断地往自己的身体内“输入”毒品。由于药物耐受性的原因，吸毒数量要不断增加。海洛因成瘾后的吸毒行为只能维持身体有限时间的“常态”，只要不吸就会进入“非常态”，所以一天要吸上3—4次甚至更多才能够保持身体的“常态”，事实上，短暂的欣快与长期的痛苦的交替已经使他们进入一个无法平衡和自我控制的世界。而为了维持这注定难以为继的生活，每人每天的花费平均在200—500元左右，对于很多中国人而言，这个费用是他们一个月的生活费用。如此，在缺乏毒资、难以满足觅药需求的情况下，吸毒者常常采用非常手段，最常用的办法就是“骗”，接下来就是各种各样的犯罪手段，如扒窃、盗窃、甚至伤害、杀人等暴力犯罪。已有的资料表明，在海洛因成瘾者中有犯罪行为的人在85%以上。

还有一些研究分别对海洛因滥用者与合成毒品滥用者的个性特征比较，美沙酮维持治疗门诊吸毒患者海洛因偷吸比例、地区、时间分布及影响

因素以及公安机关动态管控机制对吸毒人员回归社会的影响等诸多方面进行了调查和研究，对海洛因吸毒人员的行为特点有许多可供参考的发现。

2002 年江苏太仓第三人民医院研究人员对摇头丸滥用者与海洛因滥用者的个性特征进行了研究，目的是了解摇头丸滥用者与海洛因滥用者的个性特征差异。研究对各 24 例摇头丸滥用者与海洛因滥用者进行艾森克个性问卷（EPQ）调查，并与正常人组进行对照比较。结果发现，摇头丸滥用组 P 分低于海洛因滥用组及正常对照组（P0.01），但海洛因滥用组与正常对照组差异无显著性；摇头丸滥用组与海洛因滥用组 E 分均高于正常对照组（P0.01），两组之间 E 分差异无显著性。结论是，摇头丸滥用者与海洛因滥用者个性特征无明显差异，但与正常组比较，两组均有显著的外向倾向。

2006 年中国疾病预防控制中心研究人员为了研究湖南省 MMT（美沙酮维持治疗）门诊吸毒患者海洛因偷吸比例、地区、时间分布及影响因素，由经过培训的调查员对所选择的 7 家 MMT 门诊所有参加治疗 6 个月以上的海洛因吸毒患者进行问卷调查，辅以定性访谈流行病学调查，并进行吗啡尿检和 HIV 检测。结果，湖南 MMT 门诊 515 名吸毒患者中有 163 人偷吸过海洛因，偷吸率为 31.65%，偷吸大多发生在进入治疗后的第 2 天和第 23 天，平均偷吸时刻为吸毒患者参加治疗后的第 30 天，偷吸时刻中位数为第 20 天，中位生存时间为第 22 天偷吸，主要影响因素有“家庭关系”、“合并使用精神药品情况”、“家庭性生活情况”、“与原有的吸毒朋友交往情况”、“在 MMT 中结识新朋友情况”、“知晓艾滋病防治知识情况”、“美沙酮剂量”及“心瘾”、“自尊状况”和“领悟缺乏社会支持情况”。结论是：MMT 吸毒患者存在一定比率的偷吸海洛因现象，参加 MMT 后的第 20—30 天是其“心理危险期”。在美沙酮维持治疗的同时，还需进行心理行为干预和社会帮教，提高吸毒患者心理素质。

2011 年云南省中澳艾滋病亚洲区域项目办、云南省第二人民医院等单位研究人员进行了“动态管控机制对吸毒人员回归社会的影响”的研究，目的是了解公安机关开展的针对吸毒人员的动态管控机制对已经戒毒康复或者服用美沙酮 3—5 年的吸毒人员回归社会的影响，为相关部门完善吸毒人员动态管控机制提供科学依据。研究以广西、云南两省 10 县（市、区）已

经戒毒康复或服用美沙酮 3—5 年既往吸毒人群为对象，采用项目设计并经预实验修正后的问卷进行调查，同时对戒毒康复 3 年以上者进行个人深入访谈。结果发现，在参与问卷调查的 200 人中，动态管控机制对吸毒人员生活造成影响频率较高的是住宿、办理各种证件、旅游，分别占 92.0%、87.5%、85.0%；对心理方面造成的影响主要包括：影响心情（97.5%）、造成周围人对自己的歧视（96.5%）、给家属造成心理负担（94.5%）、感觉个人无隐私（93.5%）、怕尿检阳性不敢随便服药（90.0%）、影响工作及婚姻（88.5%）；给家庭造成的影响是父母/配偶会怀疑复吸、不信任（96.5%），家里人被邻居看不起（93.0%），邻里关系受影响（85.5%），影响孩子心理健康、被歧视（81.5%）。另对 15 名已经戒断康复 3 年以上人员访谈还发现，动态管控机制影响既往吸毒人员乘坐火车、办理证件、网吧上网、感觉个人无隐私、怕尿检阳性不敢随便服药等，甚至影响到吸毒人员的婚姻、家庭和心理健康。研究结论认为吸毒人群是难于回归社会的弱势群体，动态管控机制给既往吸毒人群的生活、家庭、心理方面带来了严重影响。为此建议相关主管部门完善吸毒人员动态管控机制，设立动态管控系统退出机制，为成功戒毒人员回归社会提供有利条件。

（二）传统毒品（海洛因）流行滥用的趋势特征

不论是从国家禁毒委员会办公室发布的年度中国禁毒报告和国家食品药品监督管理局发布的年度药物滥用监测报告情况看，还是通过其他方面的实证研究报告分析，都呈现出我国面临的传统毒品尤其是海洛因形势依然严峻，海洛因滥用防治任务仍然十分艰巨。

1.滥用人群数量将在高位持续稳定一段时期

从中国国家禁毒委员会办公室统计的情况看，截至 2010 年年底，全国发现登记吸毒人员共 1,065,466 人，超百万之众，海洛因吸毒人员占所有发现登记吸毒人员比例接近 70%。从数量上看仍是我们必须面临的主要问题。

需要注意，近些年不断增长的合成毒品滥用问题似乎正在冲淡人们对海洛因滥用问题的关注，而这种情形可能导致极其不利的后果。从海洛因滥用人数上看，其实近些年来从未出现过明显的减少，相反，一直处在百万人群之高位。

我们知道，麻醉药品和精神药物等之所以被称为“毒品”，是由于它们在服用后极易成瘾，而一旦成瘾后，便对其产生了依赖性。这种依赖性既包括生理依赖，又包括心理依赖。而海洛因所导致的生理依赖和心理依赖则更加严重。根据实践经验，对于海洛因成瘾者，只要使其脱离了毒源，再辅之以药物治疗，在很短的时间内（一般需 15 日左右）就能从生理上脱瘾，但戒断后的巩固率却很低。为什么已经在生理上脱瘾后，又大约 90%以上的人复吸并反复复吸呢？究其原因主要是心理上的依赖难以解除。吸毒者之成瘾，很大程度上是缘于心理的因素，因吸毒能使人产生欣快感，大多数人都是为了追求心理上的满足而吸毒，即使实施了药物戒断，一旦重返社会，再次融入从前的环境，四处充满诱惑，又会重享吸毒的片刻“幸福”，再加上自身意志的薄弱，就很容易走上复吸之路。这种情形对于海洛因成瘾者尤为突出。多年来，尽管公安机关、司法行政机关和许多社会工作者和医学工作者在这方面做了很大的努力，但在心理戒断方面，却始终未能取得令人满意的结果。

从近些年来海洛因滥用人数一直处在百万人群之高位运行的情况看，恰恰反映了这类毒品滥用的极其顽固性特点。若是社会关注持续减弱，控制力、抑制力持续降低，那么这种趋势将会维持更长的时期，甚至由于某些外界刺激因素作用（如海洛因贩毒活动的增加等），可能出现滥用人群的进一步扩大。因此，对于中国毒品滥用问题的客观判断，与其说是海洛因滥用在持续减少，毋宁说是在海洛因滥用问题仍居高位的同时，合成毒品滥用问题迅速上升。如此，不仅反映客观实际，也警示我们对合成毒品日益重视的同时，不要忘记严重的传统毒品问题。

2.境外渗透和刺激可能会出现强化情形

从联合国毒品与犯罪问题办公室报告的情况看丝毫不容乐观，相反，境外鸦片制剂的渗透和刺激将会出现强化情况。

2010 年全球非法罂粟种植面积为 195,677 公顷，仅略高于 2009 年的 185,935 公顷。2010 年阿富汗占总面积的 63%，仍然是种植面积远居首位的国家。2010 年，阿富汗的罂粟作物受到了病害的严重影响，使该国的鸦片产量显著下降，因此使全球产量显著减少。据估计，2010 年全球罂粟产量为 4,860 吨，低于 2009 年的 7,853 吨。然而 2011 年阿富汗的鸦片产量

下滑已基本逆转。

2011年,阿富汗的罂粟种植面积从2010年的123,000公顷增加到131,000公顷,鸦片产量则达到5,800吨,明显高于2010年的水平(3,600吨),但仍低于2006—2008年的水平。尽管2011年该国南部和西部地区仍然占种植面积的95%以上,但在两个北部省份(巴格兰省和法里亚布省)和一个东部省份(卡比萨省)重新出现了罂粟种植,其规模不可忽视,因此无罂粟省份的数量从20个减少到17个。赫尔曼德省仍然占阿富汗罂粟种植总面积的大约一半。乌鲁兹甘省和法拉省的罂粟种植面积大幅增加。

东南亚的罂粟种植国传统上主要是缅甸、老挝、泰国和越南。这些国家往往是在土壤贫瘠且没有任何灌溉设施的陡峭山地种植罂粟,因此产量低于阿富汗。自1995年到2006年的十余年期间缅甸的罂粟种植明显减少,但在该年之后普遍增加,2010年达到38,100公顷。2010年的罂粟种植面积虽然与1996年的峰值水平相比仍然较小,但比2009年的水平(31,700公顷)增加约20%,比2006年的水平(21,500公顷)增加77%。2010年掸邦占缅甸罂粟种植总面积的92%,克钦邦占其余8%的大部分。据估计,缅甸的鸦片产量已从2009年的330吨上升到2010年的580吨。这些数据使缅甸成为东南亚地区最大的罂粟种植和鸦片生产国。❶

老挝的罂粟种植面积从2009年的1900公顷增加到2010年的3,000公顷。这一水平与1996—1999年期间记录的水平相比仍然很低,但却是第三年同比增长,是2007年水平(1,500公顷)的两倍。毒品和犯罪问题办公室在2010年进行的空中调查显示,在该国北部两个省份——丰沙里省和华潘省存在罂粟种植。老挝政府开展的根除活动表明,其他北部省份也受到罂粟种植的影响。据估计,鸦片产量从2009年的11吨增至2010年的18吨。❷

缉获量方面,联合国毒品与犯罪问题办公室的报告称,中国仍然是一个重要的海洛因非法市场。在2008年、2009年和2010年(根据不完整数据),中国在单一国家海洛因最大年度缉获量中占第三位。2009年中国的

---

❶ UNODC,"World situation with regard to drug trafficking",Commission on Narcotic Drugs,Fifty-fifth session.http://www.unodc.org,访问时间:2012年3月4日。

❷ UNODC,"World situation with regard to drug trafficking",Commission on Narcotic Drugs,Fifty-fifth session.http://www.unodc.org,访问时间:2012年3月4日。

海洛因缉获量显著上升，从2008年的4.3吨升至5.8吨，2010年略有回落，降至5.4吨。多年来，中国的海洛因源自东南亚尤其是缅甸的非法罂粟种植和海洛因制造。然而，近年来，大量海洛因似乎从阿富汗走私经由巴基斯坦并可能经由其他中间国家进入中国。[1]

中国国家禁毒委员会办公室的报告基本印证了上述发展态势。"金三角"海洛因仍是最主要的威胁，而西北境外"金新月"地区的毒品对中国已经由潜在的威胁变成了现实的危害。在1991年到2004年这长达13年的时间内，中国破获的"金新月"的毒品案件是非常少的，而现在这个趋势发生了很大的变化，缉获量在持续增加。

从以上近期直接影响中国的情况看，境外鸦片制剂主要是海洛因对中国的威胁非但没有降低，反而十分严重。加之内地超过百万人数的吸食人群，供给与需求的刺激和拉动，若是控制力减弱，后果不堪设想。因此，国家及地方相关禁毒力量，务必对鸦片制剂的渗透保持高压态势，提升查缉效率，在客观上创造控制和持续减少海洛因滥用的条件。

3.新的传统毒品可能在局部区域扩散

大麻仍然是全球生产、贩运和使用最广泛的植物制成的药物。虽然发现大多数国家在一定程度上都有大麻药草生产，但大麻树脂生产却集中在少数几个国家。除了摩洛哥之外，阿富汗大麻树脂和大麻药草生产正在急剧扩大。虽说其主要目的地并非中国，但其过境的可能及中国局部地区本身时有发生的大麻贩运和贩卖以及吸食问题委实不容忽视。

另一个需要注意的新的传统毒品是可卡因。2008年2月14日中国和美国破获特大的邮包贩毒案件，毒品是从南美把可卡因藏在树皮里面打上包装在美国迈阿密机场被美国海关查获，查获后中美两国警方开展控制下交付活动，最后在扬州抓获了三名犯罪嫌疑人员。其中主要负责接货的就是一个中国女青年，接货以后再交给外国毒犯。

事实上蹊跷的事情发生在山东，2007年1月至6月，有人在山东威海海滩上连续五次捡到五块可卡因，而当时毫无线索证实这些可卡因的来源

[1] UNODC,"World situation with regard to drug trafficking",Commission on Narcotic Drugs,Fifty-fifth session.http://www.unodc.org，访问时间：2012年3月4日。

和目的地。同时还在一些外籍轮船上、远洋船上查获可卡因。

2008年广东省公安厅破获了一起特大跨国走私可卡因案件,逐步揭开了中国可卡因来源的面纱。这一案件缴获来自南美地区可卡因530公斤,是新中国成立以来我们国家一案缴获可卡因最多的案件。同时,山东、北京等地也破获了一起涉及从中国周转向澳大利亚走私可卡因的案件,在澳大利亚缴获可卡因500千克。

这些案件也有一些特点,案件涉及的贩毒骨干成员都是旅居南美州、北美州、大洋州的华人,以我国广东等地为中转站,通过我国转运其他国家。

南美毒品从广东等东南沿海走私入境,在一定程度上会改变我们国内的毒品消费结构。这不是空穴来风,目前全球吸食最多的毒品是大麻,有1.5亿人。可卡因吸食人群则有1,370万。可卡因既有抑制作用又有兴奋作用,现在可卡因消费人群主要是在北美,大概是710万,欧洲390万,在中国还比较少,但是随着这些可卡因在中国的中转,广东、北京等地也逐步形成了消费。从目前掌握的情况看,中国国内可卡因消费人员主要是少部分外籍人员、香港籍人员、归国华侨以及模特、演艺人员和酒吧等人员。从利润来看,可卡因暴利极其可观,在哥伦比亚毒源地一公斤可卡因成本大约是3,000美元,在中国广东批发价一克大概3,000元人民币,利润非常大。我们务必对可卡因问题保持高度警惕。

四、移动互联网与社交媒体社会条件下的毒品流行滥用特点与趋势

移动互联网与社交媒体的快速发展极大地改变了信息传播的速率和半径,甚至改变了整个世界的面貌。它在给人类社会带来巨大的便利的同时,也带来了严峻的挑战。在一系列的挑战当中,互联网和社交媒体对毒品滥用问题的影响不容忽视。

(一)移动互联网与社交媒体社会条件下的毒品流行滥用问题

利用互联网贩毒、制毒和吸毒的案例在几年前即时有耳闻,但真正引起整个社会震惊的是2011年中国公安部统一指挥行动破获的“8·31”特大网络吸贩毒案,该案是全国首例利用互联网视频交友平台进行涉毒犯罪的新型毒品案件,涉及全国31个省份,共查获涉毒违法犯罪人员12,125名,缴

获毒品 308.3 千克。涉案吸毒者最小仅 14 岁。[1]

2011 年 3 月,甘肃省兰州市、陕西省西安市公安禁毒部门在工作中分别发现一些不法分子利用互联网视频聊天网站进行吸贩毒活动。4 月,公安部在听取甘肃、陕西警方汇报后,意识到这是一起性质恶劣、涉及面广、危害很大的新型网络涉毒案件,成立专案组专案侦查。经过侦查,警方发现该案涉及全国 31 个省区市。全国各地大批青年男女利用视频交友网站设立的虚拟“十人房”、“百人房”,吸食毒品,交流吸毒感受,甚至商谈毒品交易。上网高峰时段集中在晚上 9 点至凌晨 4 点。据专案组负责人介绍,此案涉及的犯罪嫌疑人大多为青少年。查获的涉嫌吸毒人员中 35 岁以下的青少年占 66.2%,18 岁以下的青少年占 2.6%,年龄最小的只有 14 岁。8 月 24 日,公安部组成专案组奔赴浙江,在视频聊天网站所在地浙江金华约谈网站有关负责人,组织人员实施监控,发现涉毒 ID 1,236 个。8 月 31 日,公安部部署统一行动。9 月 2 日零时,各地警方统一进行排查抓捕。在江苏:9 月 2 日,苏州市局禁毒支队对网友“乔盼盼”展开侦查发现其上线是四川的宋某。3 日 8 时许,得知宋某将在沪宁高速苏州段进行毒品交易,遂将宋及其上线郭某抓获,缴获毒品冰毒 200 余克。又根据宋某交代,抓获 9 名吸贩毒嫌疑人。在福建:9 月 6 日凌晨,福建省厅禁毒总队接到专案组通报,在一宾馆房间内查获林某及陈某、杨某、雷某等数名吸毒人员。抓获的雷某和杨某只有 15 岁和 17 岁。在四川:“8·31”专案组在都江堰查处一起公然在一黑网吧内吸毒的案件。抓获的 24 名人员中,尿液毒品检测呈阳性的共计 12 名,其中有 7 名吸毒人员承认在该网吧吸毒,吸毒工具每天随意放在电脑桌上。在上海:9 月 2 日凌晨,网名为“飘来的”和“抽空的灵魂”的一对男女在上海卢湾区的一个出租屋中对着网络摄像头吞烟吐雾时,被卢湾区缉毒人员当场控制,在其床垫下面发现近 4 克冰毒,十几粒麻古……全国共查获涉毒违法犯罪嫌疑人员 12,125 名,破获制贩毒案件 496 起,打掉制贩毒团伙 144 个、吸毒窝点 340 个、制毒工厂 22 个,缴获毒品 308.3 千克,查获枪支 34 支、子弹 355 发。据专案组方面介绍,此案涉及的犯罪嫌疑人大

---

[1] 新华社:《8·31 特大网络吸贩毒案》,http://www.news.xinhuanet.com,访问时间:2012 年 4 月 6 日。

多为青少年。截至10月27日，“8·31”专案抓获人员中各地共行政拘留涉毒违法嫌疑人3,559名、强制隔离戒毒吸毒人员1,206名、责令社区戒毒的吸毒人员803名，因情节轻微经教育从宽释放的3,794名。

“8·31”案件，是一起利用互联网、社交网站进行聚众吸毒、兜售毒品的典型新类型涉毒案件，这类案件主要有如下特点：

1.网络隐蔽性。近年来，公安机关开展了打击娱乐场所聚众吸毒违法犯罪活动专项行动，这迫使吸贩毒活动逐步转入到更隐蔽的场所。网络吸毒也是在这个情况下出现的。任何地方，只要有一台电脑、一根网线、一个瓶子、一只吸管制作的简易“冰壶”，吸毒人员便可以随时联网吸毒。他们在视频交友网站里用“黑话”、隐语交流，如当“17666……17666……17666……”在对话窗口出现的时候，意思是“一起溜冰”，即一起吸食冰毒。涉毒的视频聊天空间如所谓“十人房”等隐蔽性很强。“房主”对房间设置加密访问权限，加入房间必须经过熟人引荐，且需要通过视频表演吸毒行为进行认证。许多吸毒人员认为在这样的“房间”里吸毒感觉非常安全。

2.超常聚众性。从“8·31”案件情况看，涉毒的某视频交友网站注册用户达数千万，平时在线人数几十万人，开设有3,000多个“房间”，设有可容纳10人至500人不等的大小“十人房”、“百人房”，吸毒活动主要集中在“十人房”中。很多年轻人一天24小时开着电脑，从早到晚吸毒，吸得眼睛发直。西安市公安局禁毒支队发现有一个名叫“泡泡”的房间的房主花开花落，24小时在摄像头前，休息时就把摄像头对着床，醒了继续吸毒。公安机关在侦查中发现，甚至有人在“百人房”中公然吸毒，向百名在线的人现场直播。

3.快速传染性。在中国视频交友网站涉毒现象可追溯到2009年。随着互联网和社交平台的快速发展，吸贩毒现象也迅速呈现在互联网和社交平台。从“8·31”案件情况看，其发展速度尤其惊人。这也再一次证明了互联网和社交媒体的传播力和“双刃剑”作用。在“8·31”案件中，“介绍”、“引见”和表演吸毒等几乎随时都在发生，吸毒人员快速扩张的速度远远超过以往情形。

4.严重危害性。从“8·31”案件情况看，网络吸贩毒更隐蔽，更难以查处。它不受地域时间限制，节省时间、人力成本，却很容易达到群聚的效果。

网络吸贩毒互动范围更广，互相之间可以不认识，潜在的社会危害更大。一群群男女在电脑摄像头前吸食毒品，伴随网站播放的音乐节奏，呈现吸食合成毒品后特有的亢奋状态，极大地污染了社会空气。有的甚至还在网站上公然商谈毒品交易，有的快速成交并传递毒品信息和所谓新的“玩法”，随后便是大批青少年的跟进和加入。社会影响和危害非常严重。

（二）移动互联网与社交媒体社会条件下的毒品流行滥用趋势及其挑战

网络的产生和应用为人们的社会活动和信息交换提供了虚拟空间。在这个虚拟空间生存的个人、法人、组织及他们之间的各种交往活动构成了虚拟社会，是现实生活在这个虚拟世界中形成的一种新的社会形态。今天，这种新的社会形态达到了相当的规模。2012 年 1 月 16 日，中国互联网信息中心在北京发布了《第 29 次中国互联网络发展状况统计报告》，截至 2011 年 12 月底中国网民规模达到 5. 13 亿，手机网民规模达到 3. 56 亿，国家顶级域名.cn 的注册量达到 353 万个，团购用户数量达到 6, 465 万，网络商务群、网络社交群、应用基础群、网络依赖群、电子政务群等广大网络用户群迅猛发展，人类社会已经迈入了信息化时代。但是，在互联网高速发展的同时，我们应该看到，网络安全问题、网络侵权问题、网络隐私问题、网络监管问题日益突出，相关的法律法规还不完善，这些问题严重制约着互联网的健康发展。

新生事物往往是机遇和挑战并存。当我们受益于海量、高速、便捷、及时性、交互性、开放性和隐私性传递信息的同时，一些不法分子也利用互联网大肆进行犯罪活动，互联网成为犯罪分子新型的犯罪工具和犯罪场所。这些网络犯罪主要涉及计算机病毒的传播和破坏；黑客攻击，导致用户系统出现故障、数据丢失、篡改，给广大网民和网络运营商带来不可估量的损失；利用木马程序盗窃用户网络账号、虚拟货币、网游道具等具有现实价值的虚拟财务；开设“钓鱼”网站、发布违法犯罪信息；网络盗窃；网络诈骗；网络传销；网络赌博；贩卖违禁物品；网上制作、复制传播淫秽、色情、暴力等低俗有害信息，对人们的思想意识、人性道德具有很大的冲击和挑战，尤其是未成年人的身心健康受到了相当大的伤害；一些人在网络上肆意侮辱、诽谤他人成为常态，网络成为泄私愤和进行人身攻击的场所和工具；某些敌对分子、

民运分子、分裂分子利用互联网进行颠覆破坏、分裂国家的犯罪活动，严重地威胁着国家统一、民族团结、社会稳定。因此，网络违法犯罪已成为一个不容忽视的社会问题。

网络违法犯罪的表现形式通常有两个方面：一是利用互联网侵入计算机信息系统实施的违法犯罪，也就是把计算机信息系统作为犯罪对象的犯罪。这种网络犯罪包括侵犯计算机信息系统、破坏计算机信息系统的正常运行，利用网络窃取、更改、删除信息数据的犯罪，这一类型的犯罪主体通常都是在受害人不知情的情况下进行的，使得互联网信息系统的数据被修改、删除、添加、伪造或非法复制，造成了大量数据被严重破坏和丢失，经济损失巨大，后果非常严重。二是利用互联网实施的传统违法犯罪，也就是把互联网作为违法犯罪的工具。事实上这种犯罪并不影响网络的自身安全，只是利用互联网实施传统违法犯罪而已。上面所述"8・31"案件，就是例比较典型的利用互联网实施的传统违法犯罪。目前刑法中规定的绝大多数犯罪行为，除杀人、伤害、抢劫、抢夺、强奸、遗弃等以身体接触才能实施的犯罪之外，大部分犯罪行为都可以利用网络来实施，而且事实上中国的犯罪也已经呈现出网络化的趋势，例如，开设虚拟"钓鱼"网站、散布虚假信息、盗窃他人虚拟账号、电子邮件，大肆进行诈骗犯罪；利用黑客攻击手段盗窃他人银行账号、密码，通过网络进行电子转账、盗窃受害人银行资金；开设赌博网站；等等。这种类型的犯罪，犯罪对象众多且地域广阔，社会危害性更加严重，使得这类犯罪的侦查和惩罚更加难上加难。

由于移动互联网和社交媒体的迅猛发展，中国已经快速地进入到了移动互联网和社交媒体时代。据最新统计，2011 年全球互联网用户中文网民占 24%，英文网民占 27%。而 2000 年时的统计，中文网民仅占 9%，英文网民占 39%。显然，中国网络的快速发展在给我们带来巨大便利的同时，也必然泥沙俱下，带来一系列严重的负面问题，在这些问题中，利用移动互联网和社交媒体进行毒品违法犯罪就是一个严重的威胁。

网络违法犯罪通常有共同特点。一方面，网络违法犯罪隐蔽性强、成功率高。网络是一个巨大的虚拟空间，任何人都可以用虚拟的身份参与网络活动，不受时间、空间的限制，网络违法犯罪作案时一般不留痕迹，不容易被识别、更不容易被发现，因而成功率极高。另一方面，网络违法犯罪的成本

低廉,社会危害性巨大。由于网络违法犯罪的隐蔽性强,网络违法犯罪和传统违法犯罪相比所冒的风险极小,违法犯罪分子往往只需一台电脑、一个网卡、一部电话,轻轻敲几下键盘即可实现其犯罪目的,但是造成的损失无法估量,甚至可能危害到公共安全和国家利益,其社会危害性巨大。此外,网络违法犯罪取证难、认定难、惩罚更难。网络违法犯罪不受时间、空间的限制,科技含量高而且身份虚拟,受害人分布广泛,增加了发现网络违法犯罪的难度和调取证据的难度。有些犯罪被发现后,违法犯罪损失、后果和情节往往难以认定,因此对惩罚这种网络违法犯罪显得束手无策和力不从心。

在对公安机关侦破"8·31"专案过程的调研中,我们可以深切体悟到此类违法犯罪存在发现难、取证难、落地难以及处理难四大难题。具体说,一是场所隐蔽难发现。近些年,公安禁毒部门针对合成毒品违法犯罪活动的新变化,有针对性地开展了打击娱乐场所聚众吸食合成毒品专项行动,加强对娱乐场所的管理,处理了一大批在娱乐场所从事吸贩毒活动的违法犯罪分子,查封关停了数千家涉毒娱乐场所,有效遏制了合成毒品的发展蔓延态势。高压迫使一些吸贩毒活动逐步转入到比娱乐场所更为"安全"和隐蔽的空间和场所以逃避打击,如网络空间。由于网站涉毒"房间"往往设置访问权限,加入"房间"须熟人引荐,甚至需要通过视频表演吸毒行为认证后方能进入,确实比较难以发现。"8·31"专案的侦破提醒公安机关,应将网络涉毒违法犯罪活动当作下一步关注和打击的重点。今后,禁毒部门必须积极研究如何应对这一新类型毒品违法犯罪活动。二是取证难。"8·31"专案网上吸毒证据固定、现实吸毒行为查实都比较困难。据了解,在公安部部署的前期侦查工作中,甘肃专案组录制视频资料、聊天记录达70G,排查涉毒人员133名;陕西专案组发现涉毒十人房60余个,百人房12个,固定在线吸毒影像资料数据量达1,550G,查证掌握涉毒嫌疑人员达数千名。截至2011年9月30日,公安部专案组指挥部对涉毒网站服务器中数千万个用户进行筛选,共锁定涉毒ID账号7,400个。在如此庞大的数据面前,禁毒民警对一段段视频进行过滤,识别疑似吸毒人员,判明其现实地址,依法通过尿检等方式确定其是否真有吸毒行为或成瘾。这一过程复杂烦琐,工作量巨大,加上网络信息传播迅速,涉毒证据不易固定。三是落地亦难。由于存在一人注册多个ID、大量涉案IP地址为网吧、酒店、出租屋或

无线上网等情况，而电信运营商未按规定留存日志记录，致使公安机关落地查人后确定吸毒人员、查实吸毒行为也较难。为此，全国公安网络安全保卫部门民警付出了巨大辛劳。四是法律惩治无规定。网络吸毒不受时间、空间限制，不受社会关系制约，节省时间、精力和成本，又达到了集体性互动吸毒的效果，这也是如此多吸毒人员聚集网站吸毒的原因。那么，涉毒网站及其工作人员是否要承担相应的法律责任呢？我国有一个罪名叫容留他人吸毒罪，即明知他人吸毒而提供场所，不管是主动提供还是被动提供，不论有偿提供或是无偿提供。但网络虚拟空间是否符合“场所”定义，法律并没有明确规定，且警方目前尚未掌握证据证明该网站明知网络吸毒行为存在。其实，该涉毒网站每天有60多名工作人员进行巡查，看是否有违法犯罪行为，但这些工作人员称，不了解毒品，不知道一些特定行为是在吸食冰毒。“8·31”专案依照相关法律分类处置涉毒者。王某，15岁少女，在一家理发店帮工补贴家用，在店主引诱下两次吸食冰毒；代某，17岁男孩，父母常年在外打工，在社会闲杂人员的引诱下吸食毒品……面对“8·31”专案中一个个迷途青少年，公安禁毒部门在对他们进行教育训诫的同时，耐心细致地向他们讲清毒品危害，教育他们树立正确的人生观、世界观，还帮助他们解决生活、工作中的实际困难。面对禁毒民警的关爱，这些青少年纷纷表示，一定要痛改前非，走上新的人生道路。家长们则一个劲地感谢，连声说：“孩子有救了，家庭有希望了。”在“8·31”专案侦办过程中，各地公安机关依照禁毒法、治安管理处罚法和戒毒条例等规定，对吸毒人员坚持教育挽救为主的原则，区别对待、分类处置。截至2011年10月27日，行政拘留涉毒违法嫌疑人3,559名、强制隔离戒毒1,206名、责令社区戒毒803名，因情节轻微经教育从宽释放的3,794名。对确认有吸毒成瘾行为的依法进行登记，对于吸毒成瘾同时又有组织容留、教唆引诱及制贩毒嫌疑的人员，依法予以严厉打击；对屡戒屡吸、吸毒成瘾严重并危害社会的吸毒人员，依法落实强制措施；对于毒瘾不深、吸毒情节较轻的人员，根据本人及家属愿望，依法采取社区戒毒康复、自愿戒毒治疗等措施。对那些由于辨识能力不强、涉世不深，属于被教唆引诱而偶尔有吸毒行为尚未成瘾的人员，特别是不满18岁的青少年以及在校学生，经过批评教育后原则上通知家长领回，不纳入吸毒成瘾人员动态管控，避免其就学就业受到影响。

中国的互联网业发展迅速，但立法起步较晚，与国外互联网立法进度相比明显落后。1994 年 2 月 18 日，我国颁布了第一部计算机安全法规《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》。随后又颁布了《中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定》、《计算机信息网络国际联网安全保护管理办法》。1997 年修订后的《中华人民共和国刑法》，增加了惩处计算机犯罪的条款，即"非法侵入计算机系统罪"和"破坏计算机信息系统罪"。2000 年 12 月 28 日，全国人大通过了《关于维护互联网安全的决定》。2002 年先后出台了《计算机信息系统国际联网保密管理规定》、《互联网信息内容服务管理办法》等一系列部门规章，为打击互联网犯罪、维护互联网安全提供了法律依据。但是，由于立法层次较低，相关规定不全面，法律效率较弱；多头立法、多头管理，协调性较差、局限性较大，缺乏可操作性；网络犯罪后果缺乏权威评估，遭受的实际损失难以量化，网络虚拟财物的现实经济价值无法确定，使得一些网络犯罪认定原则笼统，量刑较轻、打击力度不够等。目前互联网立法仍处于就事论事的立法阶段，远远不能适应网络发展的需要，因此，完善网络立法、减少网络毒品违法犯罪和其他违法犯罪活动已势在必行。

"8・31"网络吸贩毒系列大案，涉及如此广阔的范围、如此众多的人数、如此先进的"技术"，还有如此大跨度的年龄、如此有组织的集体动作……皆由一个网络视频"成就"。原本只能悄悄存在于阴暗、旮旯里的违法犯罪行为，借助网络竟变得如此猖獗，这样一个残酷的事实摆在面前，无疑再次敲响了警钟——网络监管任重道远，不容松懈。近年来，不良网络信息带来的危害，公众早已有切身体会。然而，吸毒和网络，这两个字眼合在一起"制造"出的这场巨大灾难，着实让公众感到了深切的痛，让全社会对网络这个"时代宠儿"提高了戒备之心。互联网的诞生，曾经让人们感受到信息时代的"美好"，并由此萌生了许多新的生活理念和生活方式。如今，互联网出现的这些问题，大大出乎人们此前的意料。痛定思痛，理性告诉我们，问题的根源其实不在互联网本身。作为一个现代化的通讯和信息传播工具，是好是坏，关键在于我们如何管理和使用。互联网是一个虚拟社会，网络中存在的一切，在现实社会中都能找到影子。网络环境作为现实社会的一种衍生物，和现实社会一样需要严格的规范和管理。事实证明，网络监

管不能一劳永逸，监管和处罚力度仍须加大。一些在“合法外衣”庇护下的非法网站仍然在肆虐，而且违法行为更加隐蔽，更加难以查处，尤其需要特别警惕。

净化网络、加强监管，会是一场持久战。从长远来看，网络会越来越深入地影响人们的生活，影响人们的思想观念。一个文明健康的网络环境，关系到青少年的健康成长，关系到社会的和谐稳定。如今，网络上的不良现象越来越多地滋生、蔓延，并不断挑战道德和法律的底线。监管重拳，已到了必须要出的时候。而文明健康的网络环境不仅需要网络监管部门、网络运营商、网站等从源头上加强监管和自律，也需要广大社会公众的参与。

如果从唐高宗乾封二年（公元667年），东罗马帝国（当时称为拂菻国，即拜占庭帝国）“遣使献底野迦”（“底野迦”是希腊国王用数十种药物配制成的一种解毒剂，其中的主要成分就是鸦片）这个有关鸦片传入中国的最早记载算起，直到鸦片在中国泛滥成灾，一共用了一千多年。而今天，在移动互联网和社交媒体时代，几乎可以在瞬间聚众成千上万人吸毒。这是任何一个有责任的政府必须正视的一个严重问题。预警为先，预防为主，快发现、早制止，相关主管部门乃至整个全社会必须立即行动起来。

第三章　我国吸毒成因分析

第一节　中国大陆吸毒成因分析

近半个世纪以来，随着毒品问题的全球化，毒品蔓延的范围已扩展到五大洲的两百多个国家和地区。联合国麻醉品管制署提供的资料显示，20世纪50年代，全球的吸毒人数约为910万人，但目前该数字已上升为两亿多人，其中17至35周岁的青壮年占78%；20世纪50年代，全球的毒品交易额为年均20多亿美元，但现在已达8,000亿至1万亿美元。为惩治毒品犯罪、阻止毒品蔓延，世界各国投入了大量的人力、财力、物力，布下天罗地网，但毒品的生产、提炼、走私和吸食非但没有禁绝，反而花样翻新，变本加厉，对人类健康和社会发展带来空前的威胁。

中国曾是受到毒品危害最为严重的国家。19世纪中叶，西方殖民主义者强行向中国输入鸦片，其在中国流行之盛、传播之广、危害之烈，超过世界任何其他地区。关于近代中国吸毒人口的估计，要精确作出统计是极其困难的，只能根据对各类资料的研究梳理，尽可能地勾画出一个大致的轮廓。鸦片战争前，中国吸食鸦片的人口约在200万人以上，19世纪50年代时已增至300万人以上。此后在日益增加的洋烟和土烟的双重熏染下，吸食鸦片的人数连续上升。到19世纪80年代，吸食洋烟土烟者约达2,000万人，占全国人口的5%。这个数字到1906年前没有什么大的变化。清末禁烟后吸毒者有所减少。到辛亥革命后，约降至最低点。进入军阀混战时代后，土烟大增，再加上吗啡、海洛因等烈性毒品的大量进口，吸毒者再度剧增。1929—1934年间，中央及地方不仅没有有效的禁烟措施，相反还鼓励种、贩、吸，从而使中国的毒祸达到空前地步，总计全国吸食各类毒品的人数不

会少于 8,000 万人,占全国总人口的 16.8%。1935 年后,吸毒者略有减少。但抗战时期由于日军号召、纵容沦陷区民众吸毒,因此仅沦陷区的瘾君子就达 3,200 万人。加上国统区等地的吸毒者,人数显然仍要超过 4,000 万。❶

新中国成立前,全国范围内种毒、制毒、贩毒、吸毒现象十分严重,当时有 100 万公顷的罂粟种植,有 30 万人以贩毒为业,吸毒总人数大约为 2,000 万。以当时人口总数 5.4 亿计,平均每 27 个人当中就有一个是瘾君子。新中国成立后,人民政府开展了声势浩大的禁绝烟毒运动,收缴毒品,禁种罂粟,封闭烟馆,严厉惩办制贩毒品活动,短短 3 年时间,就基本禁绝了为患百余年的鸦片烟毒,创造了举世公认的无毒国奇迹。

然而,30 年后,中国的毒品问题又开始面临新的挑战。随着世界经济一体化格局的形成,西方社会巨大的毒品消费刺激了世界各国的毒品生产和流通,毒品问题逐渐演变为一个全球性问题,开放的中国也无法例外。1991 年,中国登记在册的吸毒人数是 14.8 万人,1992 年为 25 万人,1994 年为 38 万人,1995 年为 52 万人,1997 年为 54 万人,2000 年为 86 万人,2005 年,已达 116 万人,2009 年年底,已达 133.59 万人。❷ 如果按每一显性吸毒人员背后至少有 4 名隐性吸毒人员的国际惯例计算,国内的实际吸毒人员已达 500 多万之众。尽管自 2006 年以来,中国滥用海洛因等传统毒品的人数开始趋于稳定,基本保持在 70 万人左右,但滥用冰毒、摇头丸、氯胺酮等新型毒品的人却呈不断扩大蔓延之势。

吸毒在英语中叫作"drug abuse",意为"药品滥用"。但是,无论从哪个角度来看,被称为毒品的药品都不能与其他药品相提并论,因为毒品所造成的身体和精神依赖性,即人们通常所说的"毒瘾",对人类的危害有目共睹。对于大多数成瘾者来说,对渴求用药的强烈欲望是很难摆脱的。而毒品犯罪不仅会与黑社会、暴力、凶杀等联系在一起,成为许多刑事犯罪和社会治安问题的重要诱因,还会导致艾滋病等多种传染病的扩散流行,给人类安全带来巨大威胁。

与中国百年前遭受帝国主义外来鸦片入侵的灾难不同,今日中国的毒

---

❶ 于燕京、张义荣、莫关耀:《禁毒学》,群众出版社 2005 年版,第 61 页。

❷ 《中国禁毒报告》,2010 年。

品危害主要已经不是强敌压境、公开入侵的结果,而是在全球化背景下,由人们自身的生活方式、生活态度和文化理念的演变给毒品的渗透提供了潜在的市场。

由于吸毒现象的严重性和顽固性,吸毒的原因始终为国内外的学者广泛关注。回顾迄今浩如烟海的禁毒史实和种种理论,关于毒品作用的心理机制以及吸毒原因的研究成果已经非常丰富,但其中的多数研究只是以个人为主体或从生物学角度展开的行为分析。

在当代社会中,毒品的流行不仅与特定的社会阶层或群体紧密相关,而且与社会政治、经济环境,特别是某种文化思潮的影响密切相关。文化和信息的全球高度一体化,导致个人行为的社会文化特征越来越浓厚,在某些情况下,个人行为的反映几乎可以看成是社会演变的缩影。因此,尽管法律可以将个人的行为结果规定为个人意志的产物,并由个人自己承担最终的法律责任,但是,从吸毒行为的形成机制和文化根源中可以发现,构成世界难题的毒品滥用现象,是具有深刻的社会文化背景和复杂的社会心理机制的。深入分析从海洛因滥用的明显减少到新型毒品滥用的迅速增加的现象背后不断演变的社会文化根源,对于提升禁毒决策的科学性和合理性无疑是有重要价值的。[1]

综上,吸毒是一种非常复杂的现象,导致吸毒行为的原因同样非常复杂,它涉及心理学、医学、社会学、犯罪学等广泛的领域,仅用一个学科是无法解释的。同时,吸毒的原因也涉及多个方面,既有个体的原因,也有外部的原因;既有主观的原因,也有客观的原因。

吸毒的成因可以从不同的角度进行分类。总体上吸毒的原因分为两类:一类是社会成员初次吸毒的原因,可认为是吸毒的感染因素;另一类是吸毒者为什么继续吸毒,即吸毒成瘾的成因,也可认为是吸毒的维持因素。其中,染毒的原因包括非常复杂的内容,主要是外部因素的影响和个体素质;而在吸毒的维持因素中毒品的特性起主要的作用,即毒品的依赖潜力和巨大的毒害作用。

---

[1] 夏国美、杨秀石:《社会学视野下的新型毒品》,上海社会科学院出版社 2009 年版,第 4 页。

一、初次吸毒成因分析

对于一个吸毒者而言,其初次吸食毒品的原因并非是单一的,而是综合的、复杂的,是外部的条件和诱因与个体内部因素交互作用的结果。同时,从理论上讲,很难认定吸毒者由单一的原因而吸毒。多种原因要素需要在一定的条件、一定的情境和一定的过程中互动。在这些复杂的要素中,一些是具有共性的,一些具有个别性的特点;多种要素也具有层次性,一些是本质性的、决定性的、具有直接影响作用的因素,一些是次要的、辅助的、间接的因素。具有共性的因素反映了吸毒者相同或相似的主体观念和人格特点;具有个别特点的要素反映了吸毒者不同的吸毒行为的动机,即激起吸毒行为的内心起因和意志倾向有所不同。吸毒动机反映着吸毒者追求畸形需要的心理倾向,吸毒行为的开始和持续就是以满足这种畸形需要为动力。

初次吸毒是社会影响和个体因素、个体的社会经历和外部的情境因素之间交互作用的结果。具体可以分为以下两大方面。

(一)初次吸毒的个体原因

1.吸毒者的人格特点

一般而言,任何违法犯罪行为的产生都有个体因素的作用。但是,吸毒的原因与吸毒者的个体因素具有显著、普遍和紧密的联系,这是初次吸毒原因的一个重要特点。吸毒者的人格是心理学、精神病学等学科关注的焦点问题,也是在戒毒工作中具有深刻影响作用的一个因素。为什么有的人吸毒而有的人不吸毒,吸毒者与常人有何不同,为什么人在吸毒成瘾后戒除如此困难,除外界原因外,个体的内部是否有其他原因在起作用以及如何作用,围绕这些问题,科学家从吸毒者的人格或个性特点的角度作出了一定的解释。这些解释已经逐渐地被证明,并付诸实践。

心理学和医学认为,吸毒成瘾者在吸毒之前多数就具有一定的人格缺陷,特定的人格类型感染吸毒行为的危险性较高,吸毒者的人格特征是其感染吸毒行为的关键的个体因素。有关研究发现,依赖型人格、情感自控能力弱的个体、处于负性情绪状态下的个体易于染毒。其中,依附型人格被一些心理学家常常用作对吸毒原因的解释,其特征是缺乏自我控制和自我尊重,信奉享乐主义并缺乏对未来筹划的能力,精神和情绪经常处于抑郁状态。一方面,具有依附性人格的个体从快乐原则出发由毒品中获得满足;另一方

面,他们只追求短暂的、即时的满足而放任吸毒的后果。国外心理学家的研究表明,海洛因的吸食者在吸毒之前就存在某些典型的人格缺陷,包括敌意性、进攻性、叛逆性、不负责任、嬉戏性、冲动性等。

据相关研究证明,某些吸毒者在吸毒之前的人格特征表现为非积极进取、缺乏激情、缺乏社会交往和逃避现实。当遇到威胁和挫折时,趋向于退缩到自恋程度的适应状态以及无所不能的幻想之中。海洛因依赖者认为用药后即感觉焦虑减轻,自尊心及能力增强,甚至无所不能。更多一些滥用和依赖个体还表现为人格障碍,自我发展不充分,反社会及情绪发展不良等心理学特征。因此,在相同的药物依赖行为下,往往掩盖着各不相同的心理和精神障碍问题。

吸毒者的人格缺陷恰恰与反社会型人格障碍具有非常相似的特征。现代心理学和精神病学的研究证明,反社会型人格障碍的关键特征是无责任感、无羞耻感和行为的冲动性;较少顾及法律和伦理道德的限制,情感浅薄而冷酷无情;对自己的责任有众多的辩解理由;判断力差,缺乏内省和道德自治,寻求刺激。这些特点的综合使他们很难从外部的惩罚中接受教训,具有较强的顽固性和反复性。这一解释既说明吸毒者人格与反社会型人格障碍特征的相似性,同时也进一步说明了吸毒者一经染毒即难以戒除的一个内在的原因。

从心理学的角度讲,个性作为个体属性的总和,是预测和分析个体行为的可靠因子之一,个性特点是影响一个人反应的方式和强度的不可忽视的因素。许多心理学家依据个体特性、角色特征、情境环境和外部刺激建立了个体行为方程。个性倾向决定个体在承受不同的社会心理压力时具体的行为表现。从心理学的角度讲,由于吸毒者具有人格缺陷,而往往这些人又容易在现实生活中遭受挫折和失败,加剧了其人格中脆弱、不健全的一面。因此,他们为了提升自我意识,接触内心的不平衡,往往会加强自身的心理防御。但是,只有在心理防御的方式置换的对象有益于或无害于社会时,心理防御才能发挥正常的作用,使焦虑、冲动等心理障碍得到缓解和满足。一旦置换的对象是有害的活动,这种有害的活动就会作为个体人格的一部分附着于人格本身,很难在心理上消除。吸毒就是这样的有害的置换对象。从社会心理学的角度而言,当代社会的每个社会成员都面临着不同程度的压

力和冲突,但大部分人没有越轨而少数人却选择了吸毒,关键在于人的社会心理承受力的差异。由于心理承受力差的人缺乏调解自我态度、自我行为的能力,无法摆脱心理危机,导致他们以吸毒来发泄不满和追求快乐。因此,人格的重建和心理治疗是戒毒工作中需要解决的重要课题。

2.吸毒者的人生观、价值观和生活方式

在现有的许多关于吸毒原因的调查中,大多数的调查都反映了“好奇”是其中一个主要的原因,对于青少年吸毒原因的调查尤其如此。然而,大量的调查研究说明,将“好奇”作为青少年吸毒的主要原因,对于理论研究和预防工作而言都是不恰当的。

在人的一生中,每时每刻都孕育着各种各样的可能性,然而在人生无数的岔路口上人们何以择此弃彼,归根到底源于人的内在的价值观念。用什么样的价值标准去评判事物,也就决定了有什么样的价值选择和什么样的行为方式。从目前吸毒者形形色色的原因分析来看,虽然具体原因五花八门,但归根到底,究其终极原因还是人生价值的倾向性态度以及对价值的评判和选择的问题,可见价值观对整个人生道路的选择以及整个人生轨迹具有决定性的作用。用什么样的价值标准去评判事物,选择什么样的途径解决人生的矛盾和困惑,不同价值取向的人会采取截然不同的态度和行为方式。

经过长时间、大量的调查发现,吸毒行为从本质上讲是畸形的人生观、价值观和生活方式的典型反映。吸毒者在思想意识、生活观念方面具有突出的特性,仅用青少年的一般心理特征诸如好奇、逆反、赶时髦心理不足以解释其吸毒行为的原因。吸毒者追求毒品所带来的短暂快感或以吸毒的方式获得替代性的满足,在本质上是吸毒者人生观、价值观在行为上的外在反映。这主要从以下三个方面说明:

第一,从其早期经历来看,吸毒者往往过早地进入社会,并进入不良交际环境,沾染恶习,这是其比较普遍的一个特点。有相当一部分吸毒人员具有这种早期经历,他们在吸毒之前往往过早辍学或中止学业,无所事事,游手好闲,结识一些不务正业的社会青年;经常出入娱乐场所,追求感官刺激,不同程度地染上了吸烟、酗酒、赌博等恶习,好逸恶劳,追求享乐、时髦和感官刺激,进一步形成了扭曲的人生观、价值观和生活方式。吸毒者的这种早

期经历使他们偏离了正常社会化的轨道,使其更易于受到亚文化和其他一些不良观念的影响,进入危险的情境,违法犯罪的危险性增大。他们中的相当一部分从迟到早退、旷工逃学、打架斗殴开始,并为满足畸形的欲望而从事违法犯罪活动。

很多对吸毒人员的调查发现,以下几个方面可以说明被调查者早期经历与吸毒有关:(1)吸毒者普遍文化程度低。(2)染毒的年龄小,第一次吸毒的年龄深刻地反映了社会的不良影响和吸毒者畸形的价值观念。(3)相当一部分吸毒者在吸毒之前有违纪、违法和犯罪情况。(4)与既有的吸毒者的交往,对于毒品和吸毒行为的态度,吸烟、嗜酒、赌博等不良恶习和成瘾性行为等方面,被调查者的早期经历具有重要的说明作用。例如,根据广东省的一项有关吸毒者的课题调查显示,92.21%的被调查者的交往对象有不同程度的吸毒行为,而且,33.32%的被调查者与吸毒者关系很好或较好;吸烟的被调查者在18岁以前已经形成每天吸半包烟的比例达到65.08%;饮酒的被调查者在18岁以前形成每周饮酒3次或3次以上的比例达到50.42%。[1] 这一系列内容虽然只是从某些特定的角度对吸毒成瘾者早期经历进行了勾勒,然而,却深刻地反映了吸毒成瘾者在未成年时期和成年早期的人生轨迹;不仅反映了被调查者的个性缺陷及其对于毒品和吸毒行为的心理态度,而且,更重要地反映了在其吸毒之前的人生观、价值观和生活方式。正是这些成为被调查者感染吸毒行为的个体基础。

第二,吸毒者普遍精神空虚,缺乏自制和自信,有些人虽有反复,但终觉前途黯淡,从而自暴自弃。吸毒者往往缺乏正确的人生观和价值观,在金钱至上、享乐主义的驱使下,追求物质和感官享受,形成极端的个人主义和绝对的自由主义,一旦外部有诱因出现,就很可能冲破道德和法律的约束。吸毒者扭曲的欲望与实际生活状况、个人努力的程度和能力与社会的发展、个性的缺陷与认同对象之间形成了深刻的冲突。许多吸毒者"一吸解千愁",将吸毒作为弥补精神空虚和满足感官刺激的替代性手段。

第三,吸毒者的法制观念淡薄和无知。许多吸毒者盲目追求亚文化观

---

[1] 郭建安、李荣文:《吸毒违法行为的预防与矫治》,法律出版社2001年版,第173页。

念范畴的吸毒快感，寻求刺激；一些吸毒者无知地认为吸毒可以美容、减肥、治病、增强性欲而染毒；许多吸毒者信奉“江湖义气”，在吸毒者的劝诱之下吸毒，这种情况在未成年人和成年早期者中非常突出。

3.吸毒者对于其他成瘾行为及吸毒行为的态度

人是一个整体，其心理和行为都具有整体性和连续性。在大量的调查中发现，有相当一部分被调查者在吸毒之前已经形成了其他一些社会心理成瘾行为，即吸烟和饮酒，多数吸毒成瘾者对于吸烟饮酒等社会心理成瘾行为持轻率、放任甚至主动追求的态度。而且，这些成瘾性行为形成的时间较早，经历时间较长，对于成瘾行为的依赖性较深，这对于感染吸毒行为和形成更加严重的依赖性具有内在的影响。吸烟与吸毒具有比较密切的联系。例如根据一项全国吸毒者的课题调查显示，在男性组中，超过70%的被调查者认为每天吸半包以及半包以上的香烟是“无所谓”的事情，有超过56%的被调查者认为每个月醉酒一、二次也是“无所谓”的，甚至有近20%的被调查者认为经常醉酒仍是“无所谓”的；在女性组中，有62%的被调查者认为每天吸半包烟、有超过半数的被调查者认为偶尔醉酒是“无所谓”的，甚至有近30%(28.88%)的女性被调查者轻率地认为经常醉酒持放纵态度，后一项比例高于男性组同项比例近10个百分点。[1]吸烟是社会心理成瘾行为之一，其成瘾机制与吸毒行为具有相似之处。烟叶中的含氮化合物的主要成分是生物碱，而尼古丁是生物碱的主要代表。尼古丁能够刺激神经系统的末梢神经，使其先兴奋而后麻痹，这也就是吸烟成瘾、戒烟困难的原因。因此，个体对于烟草的依赖和吸烟对于个体的毒理作用，与对毒品的渴求和毒品对个体的危害具有相似的特点。吸烟对于吸毒有三方面的消极作用：一是作为感染吸毒行为的原因要素。大量调查表明，在家长或其他家庭成员吸烟的家庭成长的青少年，吸毒的可能性较大。这在国际上已被视为影响吸毒行为的“危险要素”。二是作为一种成瘾行为可能降低甚至破坏意志力水平，增强对毒品的依赖性。三是吸烟行为对于吸毒具有传导作用，不良的交际群体和生活方式可能增加吸毒的危险性，并且，吸烟行为本身就可以作为吸毒的方法之一。

---

[1] 郭建安、李荣文：《吸毒违法行为的预防与矫治》，法律出版社2001年版，第176页。

从饮酒的情况看同样如此。饮酒与吸烟不同,吸毒者在成瘾后对于酒精具有强烈的疏远感。原因可能是酒精能够促发毒瘾,并在吸毒期间吸毒者具有生理上的排斥作用。但是,酗酒是一种寻求感官刺激的行为,影响或破坏青少年的心理发育,降低青少年的控制能力和社会抵抗力,加深其心理缺陷。并且,过早地饮酒还易于使青少年形成不良的生活方式,受到不良观念的影响。作为一种成瘾行为,饮酒间接地对吸毒行为具有影响。很多调查发现,有相当比例的吸毒者在吸毒之前有饮酒习惯。

对于成年人而言,对于烟草和酒精的依赖是一种有损健康的不良嗜好;然而,对于未成年人以及处于成年早期者,吸烟和饮酒习惯在一定程度上与越轨行为相联系。虽然无法断言以往的不良习惯和生活方式与以后的违法犯罪行为有必然的联系,但这种现象至少说明个体的违法犯罪行为绝非偶然,它与主体的观念、人格、生活方式具有千丝万缕的联系。某些犯罪学家曾经提出一个问题:为什么犯罪的人总是社会成员的少数,而且为什么许多犯罪行为总是由特定的群体所为?回答这些问题是非常困难的,然而,可以确定是,不良社会影响的内化和不良习惯的形成增加了个体在未来违法犯罪的危险性。

从以上情况看,吸毒人员的生理和心理发育确实在未成年时期和成年早期受到了较严重的破坏,吸烟和饮酒行为使他们形成了一定的人格缺陷。他们的这种早期经历与健康的社会人群形成了鲜明的对照。吸毒行为就是通过个体的心理缺陷与其他一些成瘾行为建立了联系。由此说明,成瘾行为之间具有内在的联系并可以相互强化,以致形成恶性循环。因此,许多国家已经将对烟草和酒精的依赖纳入了药物滥用或物质滥用的范围。

另外,吸毒者在吸毒之前对于吸毒的心理态度也是一项具有关键影响、内在的主体因素。国外有的专家将对毒品的态度和朋友吸毒作为滥用药物的两个最危险的要素。如前所述,对于吸毒行为的选择是个体行为决策的过程,需要一个心理准备的过程,并且需要达到一定的动机水平。在这一过程中,被调查者在吸毒之前对于吸毒行为的心理态度反映了其价值取向,这正是指导个体行为方向的重要因素。多数被调查者在吸毒之前对于吸毒行为及其后果抱以轻率、放任、侥幸甚至赞同的心理态度,这是导致其吸毒的致命因素。

(二)初次吸毒的外部因素

1.毒品黑市的存在

我们所说的毒品,国际社会正式文件上称之为麻醉药品和精神药物。这类东西,如果在合法范围用得适量,具有很高的药用价值,因而它属于医药。但这种东西极易上瘾,而一旦成瘾,它对人的健康就会造成极大的损害,所以非法使用就变成了毒品。《1961 年麻醉品单一公约》、《1971 年精神药物公约》和《1988 年联合国禁止非法贩运麻醉品和精神药物公约》中都没有出现“毒品”的说法,这表明毒品是特定环境下的产物。事实上,国际公约允许为了科研和医疗目的使用公约中载列的麻醉品和精神药物,只要遵守既定程序,这种使用就是合法的。可见,是药物还是毒品并不是由物质本身决定的。而是由使用目的和使用程序决定的。因此,采用何种制度来控制这些物质只在合法的范围内流通和使用是国际社会面临的一大问题。从目前毒品市场的情况来看,相当一部分毒品就是从合法的药物转变来的——用于医疗和科研的麻醉品和精神药物从合法通道中被转移出来,流入黑市,成为毒品。

毒品的客观存在是产生吸毒行为的外部客观条件之一,而毒品黑市的存在则是吸毒行为的重要外部诱因。毒品黑市或毒品圈包括三个要素,即毒品的消费者、供应者和毒品本身。事实上,毒品圈中的毒品黑市只是毒品销售的第四级以下的市场。所谓第一级市场是由国际或区域性的毒枭所控制的市场;第二级是所谓地区性的毒品销售市场,即开始进入分销市场;第三级进入毒品的间接销售渠道,即毒品批发商的层次,国外有所谓“千克人”之说;第四级进入毒品销售的直接销售市场,最后到达“蚂蚁毒贩”直接面对吸毒者的层次,这一层次是实现毒品非法利润的基础环节。

无论是哪一级的毒品市场,毫无疑问的是以对毒品的非法需求为存在前提,并且,毒品利润的最终收益来源于毒品需求。毒品销售者无一不借助扩大对毒品需求为手段来达到牟取利润的目的。在一般情况下,“消费者”、“毒贩”的身份在毒品圈中是比较确定的,然而,我国目前“吸贩合一”的情况非常突出。换言之,毒品进入第四级市场后的情况复杂化,一方面,以既有的吸毒成瘾者为销售对象,另一方面,又通过扩大吸毒人口发展潜在的市场。因此,无论是毒品的零贩者为了获得更大的利润,还是既有的吸毒

成瘾者为了保障自身的毒资，他们都会采取不同形式的手段来扩大毒品的销售范围，或以增加实际吸毒人口为目的，这一系列行为是导致吸毒行为迅速传播的重要的外部因素之一。

今天，正当联合国为“毒品管制已经取得了重大成果”，“全球的鸦片生产减少了 70%”而欢欣鼓舞时，几乎所有的国家都开始忧虑起化学人工合成毒品的危害。人们担心“禁毒之战”将变成一场“可能永远也打不赢的战争”，因为大量的毒品已经不再需要通过大面积的辛苦种植从植物中提取原料，方便快捷的合成毒品正以令人心惊的速度，快速挤占市场。

合成类毒品如苯丙胺类的化学分子结构都比较简单，实验、制造和生产都相对容易。大量有关苯丙胺类化学物质的合成方法和技术早已发展成熟，其中一些获得专利保护，但另一些公开发表在各类科学研究刊物上。这些方法和技术十分简单，从原料到最终产品的化学合成过程通常只有几个步骤，模仿和学习起来相当容易。关于这些方法和技术方面的文献资料自从 20 世纪二三十年代以来就一直在不停地积累并在社会上传播。时至今日，可以说即使是一个外行，参照这些科学指导完成苯丙胺类化学物质的合成都不是一件太难的事情。同时，许多易制毒化学品都可被用于各种合成类毒品的制造与合成过程，它们既可以作为主要构成物质，也可以作为触媒或催化剂。而且，这些易制毒化学品在全球大多数国家都十分廉价和容易获得。

由于苯丙胺类兴奋剂的化学结构十分相似，对某一物质的分子结构作稍许改变就会得到另一种看似不同的物质，这对地下加工和非法制造业来说可谓是求之不得，因为毒品使用者如普通的消费者一样往往都十分期待新“产品”的出现。毒品生产犯罪分子改变特定药物的分子结构也会出自其他原因，例如当某些作为原料的毒化学品不易获得时就可以使用另一些来作为替代品，但同时又不会影响其最终产品的药物效果，或者是特意制造一些不在管制名单上的药物以躲避法律的惩罚等。其实，改变药物的分子结构是合法的制药产业所采用的一种研发策略，但现在却导致了合法药物和非法药物之间的法律灰色区域的扩大，从而使毒品生产犯罪分子有机可乘。这也是为什么毒品越打击、越管制，种类却反而越来越多的原因之一。

目前，全球只有少数几个国家基于特定的国情和历史原因在处理苯丙

胺类兴奋剂方面具有一些好的经验。但由于此类毒品的非法生产、交易和滥用已经开始形成了一个世界性的市场，更多国家在应对此类毒品问题是困难的。

与传统毒品不同，新型毒品的原材料是常见的医药、化工原料，可以用于制造多种家庭常备药，要有效地控制这些化学品流入非法渠道，需要建立精细、严格的化学品和药品管理体系，而很多发展中国家并不具备这一点。制贩毒集团正是利用这些国家和地区法律上的漏洞和管理上的缺陷将制毒网络延伸到这些地方，为新型毒品的蔓延埋下了隐患。

2.社会环境对于潜在吸毒者的影响

作为影响吸毒行为的外部社会环境因素，毒品和吸毒人群的客观存在是导致吸毒行为发生的客观因素。新发吸毒者必然要通过一定的渠道感知毒品的存在，获取关于毒品的信息；换言之，潜在的吸毒者无一例外地只能通过社会环境、个体环境接受外部的不良影响。其中，既有的吸毒者对于毒品的来源和效力、吸毒的方式和感受等的传播，以及出于扩大认同者的动机对潜在吸毒者的引诱和欺骗，是导致吸毒人口急剧增加的最直接的诱因。

通过大量的调查发现，绝大多数的初次吸毒者是在与吸毒者交往的过程中，或者是在其生活环境中存在的吸毒现象的直接或间接的影响下而感染吸毒行为。影响力最强的是所谓的“朋友”关系，即潜在吸毒者的交际对象；其次是家庭成员和亲属；再次是同事、邻居、生意伙伴等。

（1）交际环境的不良影响

在未成年时期和成年早期，交际环境对于个体社会化的影响往往具有最直接、最明显的影响。一方面，特定的交际环境是个体选择的结果，古语云：“物以类聚，人以群分”，似乎有一定的说明作用；另一方面，特定交际环境对于个体具有客观的影响。交际环境是个体进行社会活动的主要环境之一，在交际环境中在观念和行为层面的吸毒问题对于潜在的吸毒者具有较重要、直接的影响。

在郭建安的调查中发现❶，多数人的交际伙伴不同程度地具有吸毒行为。在1，195名被调查者中，有1，102人的交际伙伴有吸毒行为，占有效个

❶　郭建安、李荣文：《吸毒违法行为的预防与矫治》，法律出版社2001年版，第183页。

案总数的92.21%。其中,在交际伙伴中有很多人吸毒的被调查者比例为21.59%,有一些吸毒的比例达70.62%。回答没有吸毒和不知道的仅占7.77%。在性别差异方面,女性组被调查者交际伙伴的吸毒状况比男性组严重。女性组被调查者的交际伙伴中有很多吸毒者的比例,比男性组的同类指标高约12个百分点;男性组交际伙伴中有一些吸毒的比例高于女性组同类指标约11个百分点。此外,被调查者第一次吸毒时与交际伙伴共同吸毒的比例达到83.61%。以上指标和这一数据进一步说明了新增吸毒者的感染途径主要和更直接地来源于交际环境。

又如在夏国美的调查中发现[1],使用新型毒品并非是单纯的个人行为,它往往是一种集体娱乐项目,一种集体性狂欢的盛宴,要人多才好玩才兴奋。吸毒者初次使用毒品时,一般就是一种群吸状态,都是有朋友带着一起吸毒。69.4%表示有很多人在场,27%选择有2人至3人在场,而选择一个人在场的只有3.6%。这些人与受访者的关系,主要的还是朋友关系,其中熟悉的同性朋友达到34%,熟悉的异性朋友达到20.6%,不太熟悉的同性朋友达到17.5%,不太熟悉的异性朋友达到15.4%。多个朋友一起玩,尤其是熟悉的朋友,容易使初次涉足毒品者打消对毒品危害的顾虑,在团体行为中分摊风险,降低风险意识。而且在朋友中吸食毒品的表现看起来是正常的、惬意的,很容易诱惑青少年忘记宣传教育的警告,不顾危险,产生想尝试一下的冲动。

交际环境的不良影响也说明了吸毒方式的主要习得途径。关于毒品信息传播有不同方式,但主要是其他吸毒者的言传身授和潜在吸毒者的观察。被调查者的心理状态也有所不同,包括主动的学习、观察,被动地接受、感染等。尽管如此,但是,对于毒品以及吸毒方式的获得不是与生俱来的,而是学习的结果;而且,绝大多数都是基于自由意志的选择,是判断和决策的结果。完全的被强迫或被欺骗只能是罕见的特例,而不可能是一般的现象。

交际环境的不良影响也说明了吸毒行为传播的某些特点。除家庭成员的相互影响之外,吸毒行为多数首先在特定的人群中传播,如同龄人群体、

[1] 夏国美、杨秀石:《社会学视野下的新型毒品》,上海社会科学院出版社2009年版,第152页。

亚文化群体、特殊职业和身份群体,共同或接近的观念、行为方式和生活方式为吸毒行为传播奠定了基础。换言之,吸毒行为传播的最突出特点是以人际关系为主,这是其他违法犯罪行为所不具有的特殊性。人际关系的建立一般取决于两个方面的条件:一是人际之间的吸引,如相互感知和理解、个人喜好,相互影响和行为因素;二是时间和空间上的接近,如距离的远近、相互交往的频率。人际关系的建立其目的在于满足个体的动机,不是单纯的交往,而是企图通过彼此的相互作用来影响对方的态度或改变对方的行为,以使之符合自己的愿望。除了分享有关毒品的各种知识、增加毒品体验外,毒品使用者还发展出与吸毒相关的各种语言。特定的语言是取得群体认同的必要条件。就如一张通行证,要想成为群体的一员,就必须学会这个群体的语言,因为这反映他们是否有共同的感情、态度和文化。吸毒行为之所以感染的速度非常惊人,正是由于它主要依赖于这种人们在物质交往和精神交往过程中发生、发展和建立起来的关系,这种渠道使吸毒者与被感染者之间的交流更加方便,具有更强的诱惑力和欺骗性,吸毒行为的传播更加直接、迅速。并且,随着人际关系和不良观念的交叉和延伸,感染的范围将呈几何基数发展,形成非常强的墨渍效应。

(2)家庭环境的不良影响[1]

家庭是社会的细胞,是青少年成长的摇篮。家庭环境在青少年的成长过程中起着重要的作用。青少年正处于身心发育的时期,充满热情,富有朝气。他们的健康成长,离不开良好的家庭环境。良好的家庭环境可以促进和保障青少年身心的健康成长,不良的家庭环境则往往成为青少年违法犯罪的重要原因。

作为人生第一任教师的父母的言行,直接影响着青少年的成长。言行不检点的父母常常成为其子女恶的榜样,成为子女走上违法犯罪歧途的引路人。正如德国卫生与社会事务秘书长法特曼在探究西方青少年吸毒泛滥成灾的原因时所说:青少年学他们父母的榜样,这些当父母的人也使用社会已接受的毒品如酒精和尼古丁等。事实表明,许多青少年吸毒成瘾即是其

---

[1] 王进英:《当前我国青少年吸毒的原因及防治对策》,《云南警官学院学报》2007 年第3期。

父母或其他家庭成员言传身教的结果。除了父母或其他家庭成员的吸毒行为直接成为青少年吸毒的原因外,可能导致青少年吸毒的原因还有:一些家庭父母离异、再婚或者长期外出,孩子得不到正常的家庭教育;一些父母对有过错的子女教育方法不当,简单粗暴,非打即骂,子女在家得不到温暖,致使子女在社会上交上了不良朋友,沉迷在娱乐场所之中,染上了毒瘾;一些家庭父母精力不足,父母只知道拼命赚钱,没有精力管教子女,将子女托给长辈,长辈想管而又管不了,致使子女误入吸毒圈;一些经济条件好的家庭,父母过分溺爱孩子,无条件地满足孩子的物质要求,致使孩子有充分的物质条件去寻求毒品的刺激等等。某市对青少年吸毒与家庭环境关系的调查表明因父母离异、家庭残缺,得不到家庭温暖而导致吸毒的占30%;受家庭吸毒成员影响而吸毒的占28%;因家庭溺爱、娇生惯养而走向吸毒的占5%。

(3)社区环境的不良影响❶

由于我国吸毒问题的严重性,在多数社区环境中存在吸毒者和吸毒现象。根据郭建安对1,197名有效个案的调查,回答在其生活的社区内普遍和大量存在吸毒现象的比例高达26.31%,回答少量存在的占53.13%;回答根本不存在吸毒现象的只有8.27%。有12.28%的被调查者是在不知道周围环境中是否存在吸毒行为的情况下吸毒。

社区环境对于潜在吸毒者的不良影响包括三个方面:一是吸毒者的存在易于导致吸毒行为的传播;二是导致潜在的吸毒者对于毒品和吸毒行为的流行程度产生误解;三是使潜在的吸毒者感受到吸毒压力。大量调查研究表明,由于社区吸毒现象对个体产生的不良影响,吸毒成瘾者在吸毒之前一般对毒品的流行程度有明显误解,这正是其滥用药物、摆脱社会约束的可能性增强的原因之一。

吸毒压力是关于吸毒原因研究的一个特殊概念,其含义一般是指潜在的吸毒者在外部社会环境中、尤其是交际环境和同龄人群体中所受到的与毒品和吸毒行为有关的负面影响,而且,这种影响是吸毒原因要素的重要组成部分。吸毒压力主要涉及三种具体的因素:(1)被调查者目睹吸毒行为的频率和强度;(2)外部环境流行的对于毒品和吸毒行为的扭曲观念对于

---

❶ 郭建安、李荣文:《吸毒违法行为的预防与矫治》,法律出版社2001年版,第186页。

被调查者的影响程度；(3)既有的吸毒者在毒品信息、吸毒感受或体验、吸毒方法等内容方面对于被调查者的影响。以上三个方面不是简单地对个体产生影响，更重要的是体现为外部环境对潜在吸毒者的不良影响。这些不良的影响是导致吸毒行为的直接、具体的社会因素。

从郭建安调查获得的数据来看，多数被调查者在特定的环境中不同程度地直接面临吸毒压力，总体而言，其程度是严重的。其中，有 93.65%的被调查者在吸毒之前曾经目睹吸毒行为，而且频率很高，这种影响直接使被调查者产生对于吸毒行为流行程度的误解并降低社会规范对于个体的约束力；多数被调查者曾经经历既有的吸毒者对于毒品、吸毒感受、吸毒方法的直接的介绍或描述，有 84.32%曾经有吸毒者向其描述吸毒的体验，直接影响被调查者对于毒品的毒理、药理作用及其危害的正确判断，并进一步对其行为决策产生消极的影响；有超过 80%的被调查者曾经有吸毒者向其传播关于毒品和吸毒方法的信息，其对于被调查者感染行为的影响是毋庸置疑的。此外，有约 39%的被调查者曾经被嘲笑没有尝试过毒品，尽管这一比例数的绝对值较低，但是，作为一项重要的社会心理因素，一旦与其他主体和外部因素相结合，其作用是不可低估的。这种压力对于被调查者具有强烈的刺激作用，其最明显的效果就是使被调查者内在的个性缺陷和不良观念恶化。以上问题是吸毒违法行为预防和控制领域的非常棘手、甚至令人尴尬的问题。之所以如此，主要的原因是对于这类后果严重的社会不良影响目前仍缺乏有力的社会控制手段，仅仅采取强制性的手段是不充分的，而有效的预防和控制则需要整体的、深刻的、全面的策略和方法。

3.社会管理和控制的缺陷对吸毒的影响

社会管理和控制的缺陷对吸毒的影响包括毒品来源和吸毒行为的传播两个方面。后一个方面在此主要指对于吸毒的场所和场合的控制。对于吸毒的场所和场合的分析一是可以说明吸毒行为感染的主要渠道和途径，二是可以说明吸毒者的价值观念和生活方式。吸毒的场所主要意味着吸毒行为发生的空间特点，吸毒的场合则意味着人际之间关于吸毒行为互动关系。

从被调查者第一次吸毒的场所和场合来看，吸毒的场所为旅馆或宾馆、娱乐场所的合计比例达到 34.31%。在吸毒成瘾期间，除自己家和毒友家以外，被调查者经常吸毒的场所就是宾馆或旅馆。在补充性的吸毒场所中，

娱乐场所、宾馆或旅馆、吸毒窝点的比例都非常突出，其比例数的差异不十分明显，基本在50%左右。可见，加强社会面的控制对于预防吸毒的蔓延具有重要作用。

另外，有关毒品的法律法规总是滞后于毒品问题的产生，对于与鸦片、海洛因等传统毒品有关的种、制、贩、吸等违法犯罪活动，管控政策比较完备，公众知晓，识别能力和戒备水平也比较高；而对各种新型毒品的管制，处罚上却出现滞后、混乱的局面。

从执法层面看，对新型毒品使用行为的查处具有一定难度。由于流行的新型毒品大都属于化学合成毒品，形态各异，极易在不改变效果的前提下变动成分，由此给新型毒品的界定造成困难。目前新型毒品的种类已达两百多种，但多数人包括执法人员对此认识不清，难以区分与界定是否使用了新型毒品。而且，各地对于新型毒品的监管措施也比较随意。一般对查处到的偶尔使用冰毒、摇头丸等苯丙胺类毒品的违法人员，进行以下处理：尿检呈阳性，但尚无明显精神依赖症状者，按照2008年通过的《中华人民共和国禁毒法》第六十二条规定"吸食、注射毒品的，依法给予治安管理处罚"，即处十日以上十五日以下拘留，可以并处二千元以下罚款；情节较轻的，处五日以下拘留或者五百元以下罚款"，同时还规定对吸毒成瘾人员，公安机关可以责令其接受社区戒毒或强制隔离戒毒。但是，由于新出台的法律缺乏统一的执行条例，对新型毒品的管制方式依然比较模糊，具体落实到对使用者的治安处罚方式上，各地和各级公安机关做法不一，有的罚款，有的教育释放，有的行政拘留，有的则要社区戒毒或强制隔离戒毒，这就很可能给新型毒品的蔓延流行留下空隙。

4.毒品亚文化的不良影响

社会意识形态尤其是社会心理层次的不良因素对于吸毒行为的传播具有重要影响作用，关于毒品和吸毒行为的扭曲观念恰恰是吸毒行为扩散的催化剂。社会心理层次的因素对于潜在吸毒者的不良影响，在具体的生活环境中和比较密切的人际交往中可能起到更直接和更明显的左右。社会心理层次对于毒品和吸毒行为的不良观念和态度，可能起到三种消极的作用：一是使被调查者产生一定的心理压力，即所谓的吸毒压力；二是使被调查者对于毒品的流行程度产生误解；三是对被调查者吸毒具有纵容和

缓释作用，降低社会规范对个体的约束水平，并使被调查者的自我约束水平降低。

通过大量的调查发现，在我国吸毒泛滥的区域，在亚文化群体以及社会边缘群体中比较普遍地存在着关于毒品、吸毒的错误的、片面的、畸形的观念。这种观念最为典型的如“吸毒后想什么有什么”、“爽”、“享受”等，以及吸毒可以“治病”、“增强性欲”等一系列的亚文化观念。当然，一些被调查者吸毒的心理动机有可能是减轻社会压力或者排解无助感，这是变态人格的一种反映，还有一部分社会成员认为吸毒是成功或富有的标志。凡此种种，不一而足。但无论是怎样的感受或描述，其核心的内涵都是低级的或畸形的需要，金钱美女之类的内容是最为普遍的；同时，这些亚文化观念具有极大的社会危害性。

社会心理层次对于毒品和吸毒行为的不良观念，从根本上反映了畸形的个体需要对于毒品的畸形需求。事实上，毒品在一定的阶段能够产生一定程度的欣快感，这是现实的。但是，在短暂的快感之后将是无尽的痛苦。吸毒者体验到的吸毒快感一般仅可以维持在 3 个月至半年以内。随着耐受性的增强，吸毒者不得不加大毒品的摄入量和加快摄入频率。一旦毒品无以为继，吸毒者就会痛苦不堪，甚至导致自残、自杀行为。在这种情况下，毒品的摄入已演变为以补偿依赖性、减轻或避免出现阶段戒断症状的痛苦为目的。换言之，在吸毒成瘾或产生了药物依赖性之后，继续摄入毒品的直接目的不再单纯是追求快感，而在很大程度上是为了减轻痛苦。

吸毒者在吸毒之前对于毒品的危害并非一无所知。然而，其人格特征和外部因素的影响使他们无法放弃即时的、短暂的快乐或解脱，推卸对自身的责任和对社会的责任。关于毒品的一系列“神话”和谬误观念极大地夸张了毒品的效力，掩盖了毒品的危害性，并极大地夸张了毒品的流行程度，对于吸毒行为的扩散起到了重要作用。

进入 21 世纪以来，海洛因虽然仍是中国地下毒品消费的主流，但该消费人群数量基本趋于稳定，而滥用冰毒、摇头丸、氯胺酮等新型化学合成毒品的问题却日益突出。今日中国的毒品亚文化，在一定程度上已经成为一种大众流行文化、一种时尚娱乐文化。对新型毒品的消费，不仅被认为是一种身份和地位的象征，同时也引发了与越轨性文化的联动。当今中国毒品

亚文化存在如下的特点:❶

(1)大众化:普遍流行文化

在中国,冰毒等新型毒品已经成为一种时尚流行文化,使用场所多样,使用人群广泛。在调查中发现,KTV、夜总会、宾馆等娱乐场所都可能成为新型毒品的使用场所;一些娱乐场所不仅秘密兜售冰毒等新型毒品,还会制作使用这些毒品的器具。

在夏国美的调查中,50.6%的受访者认为使用新型毒品没有影响他们的交友活动,原来的朋友没有与他们疏远。有些人表示,即使自己因为使用新型毒品被拘留,也没有因此遭受排斥和歧视,身边的同事、朋友、老板对此表示理解,只是劝说如果身体不好少用点。这种状况很容易让使用者对新型毒品的看法产生误解。访谈发现,新型毒品使用者中很少有人认为这是一个问题行为,相反,一些人以某些明星、名人也使用新型毒品为榜样,以社会各层次人群都被卷入、普遍使用为理由,以社会的宽容态度为依据,认为新型毒品的使用是休闲娱乐活动的正常组成部分,是公开的、正常化的行为,从而盲目追求这种流行时尚生活方式,渲染流行文化的共享性和享乐主义。

(2)娱乐性:新潮时尚文化

在中国,自20世纪80年代开始从国外流传进来的卡拉OK、迪斯科舞厅、酒吧等各种娱乐活动,已经成为年轻人新潮时髦的生活方式。在这些娱乐场所中,精心制作的夜晚活动,吸引人眼球的室内布景,嘈杂的音乐,超现代的激光、音响设计,迷幻和烟雾缭绕的感觉,都足以让年轻人不受限制地尽情放纵自己,释放压力,宣泄情感,进入狂欢世界而忘记现实生活的烦恼。而新型毒品的使用更是助长了人们进入幻想世界的主观性体验,使他们完全置身于现实之外,不受生活的束缚。因此,一些使用者认为,使用冰毒等新型毒品,是一种可以完全放松身心的娱乐活动,更是一种时髦新潮的娱乐方式,比较前卫、潮流。

在一些年轻人看来,使用新型毒品不会与海洛因滥用的负向认同和污

---

❶ 夏国美、杨秀石:《社会学视野下的新型毒品》,上海社会科学院出版社2009年版,第147页。

名联系在一起;“溜冰”等行为给人的感觉是时尚、流行,而海洛因滥用则被看成是老一辈的文化行为,不仅危害大,也是一种过时的娱乐行为。在一些毒品使用者看来,海洛因的污名来自注射使用方式以及因无钱购买引发的违法行为。由于价格昂贵,成瘾者希望“自己的钱能够确保换取最大的快乐感”,因此静脉注射成为越来越普遍的形式。海洛因毒瘾者被称做“用针怪人”,被看成是卑鄙、可恶的堕落者,是脆弱而且自我放纵的。海洛因使用者玷污了他所接触的一切,他什么都不是,应受到谴责、社会道德惩罚和法律制裁。而新型毒品的出现,改变注射这一污名严重的吸毒方式,人们不再需要通过注射“硬”毒品满足对毒品的需求,改成吸食或口服使用的方式。

(3)身份感:消费符号象征

现代社会,消费的重心逐渐从物品功能性消费转向了象征性消费,社会象征功能超越使用价值消费,成为人们关注的重心。人们普遍地进行象征性消费,把消费视作获得身份和归属、进行自我确证的手段。新型毒品,作为一种时尚娱乐消费,它已不仅仅是一种娱乐式的功能消费满足,更是一种身份地位的象征,是有钱人玩的文化。很多人认为,“玩冰”的人都是有钱有势、有身份有地位的人。

尽管海洛因价格不菲,但新型毒品的使用同样需要一定经济条件的支撑。

我现在自己与同伴玩这个东西(指K粉、摇头丸和冰毒)每月的花销在4,000—5,000元,每次平均在300元。

由于新型毒品的使用通常和群体性性行为相关联,因此许多人会选择在使用后购买性服务,这样支出就更大了。

一般我们六七个男人一起玩,一次要6,000—7,000元,如果要开房的话,就要上万元了。我们一般是轮流做东,做东的人负责付毒资、场子费和开房费。点菜费(请小姐陪玩)800—1,000元/人,上海小姐1,200元/人;套菜(小姐陪玩并发生性关系),外地小姐1,000—1,200元/人,上海小姐1,800—2,000元/人。“开会”(一起吸食冰毒)后开房的比例约占50%,一般开标房300元/间,通常情况是两个人一间房,有时也会四个人合用一间标房。

由此可见,使用新型毒品确实是有钱人的游戏。使用者一般把它看成是一种身份的象征。一些人以冰毒等作为请客礼物,以体现阔绰、显示声望。这种有钱人奢侈品的符号含义也吸引许多年轻人去效仿有钱人的行为和生活方式,尝试新型毒品,以此向有钱人看齐。

一开始只是觉得那是有钱人玩的,后来想,有钱人玩得,我玩了也算是有钱人了。这只是我的感觉而已,现实是:这东西真的很贵,比黄金都贵。确实是有钱人玩的,真的,三百块钱,0.4克,比黄金都贵,有的地方还要更贵。

使用新型毒品作为一种有钱人的标志和身份的象征,在今天与海洛因等传统毒品使用者的地位大不同。20世纪80年代海洛因刚刚开始流行时,也曾当做有钱人的享受,但很快暴发户们的钱都掉进了毒窟,毒瘾控制下无法自制的堕落导致倾家荡产、一贫如洗。因此,在人们今天的印象中,海洛因滥用者已经完全没有了地位。受访者大都认为,抽大烟会上瘾,丧失人格,被人看不起。或许这也是许多人会选择使用新型毒品,甚至用新型毒品取代传统毒品的原因之一。

(4)放纵性:庸俗文化联动

由于使用新型毒品被看做是一种流行性娱乐活动,它带来的群体狂欢、尽情宣泄释放的效果,会经常性地与其他越轨行为结合,其中最主要的表现是性滥交行为的增加。这一点从新型毒品使用者的暗语中也有所体现。如"配菜",指使用冰毒等新型毒品后与之发生性关系的女性,又分"私菜"(自己带来的女性)和"公菜"(商业性性交易女性)、套菜(小姐陪玩并发生性关系)。新型毒品对性方面的影响不同于传统毒品,长期使用海洛因会导致性能力的减弱,而新型毒品有增强兴奋感、发泄欲和性刺激的作用,从而导致追求感官刺激、宣泄激情的商业性性交易行为的普遍增多。

在一些赌场、棋牌室,使用新型毒品的现象也十分普遍。因为赌博时间长,需要新型毒品增强兴奋感。于是一些开赌场、放高利贷的老板坐庄,经常拿冰毒招待客人,形成一种畸形的交往文化。

坎贝尔认为,现代享乐主义的特色是渴望在现实中经历那些在臆想中创造或享受的欢乐。这种渴望使人们不断地消费新奇商品。快乐一旦和具体活动脱离,就有永不终结的潜在力量。另外,物体和感官刺激之间的直接

联系一旦被打破，幻想和幻觉一旦介入其间，那么意念作为想象的手段，就成为一种越来越重要的现代快乐方式。新型毒品的使用，正是契合了这种享乐主义的元素，为使用者打造出一座可无制约地进行娱乐消费、充分自由地享乐和狂欢的海市蜃楼，它会不断激发人们去满足缓解身心压力、在虚幻中极度宣泄的享乐主义的欲求。在宣泄欲求、追求感官享乐的过程中，新型毒品使用者很容易产生多方越轨行为的联动；各种庸俗文化的混合，也让商业性性交易、赌博、贩毒、放高利贷、开赌场等不法行为有了更大的生存空间。

二、吸毒成瘾成因分析

长期以来，人们一直在思索，为什么成瘾者明知吸毒有严重的危害，还是要不计一切后果反复寻觅、使用毒品？

传统上，这种异常行为被认为是成瘾者自身品行不端。然而，近年的研究表明反复地使用成瘾性药物会导致大脑的持久改变，扰乱了人体正常的生理平衡，改变了一个人的认知功能和行为方式。目前认为吸毒成瘾是一种慢性复发的脑疾病，按临床医学划分，列入精神疾病的范畴。长期以来，许多人仅仅把吸毒看成是一种不良习惯，而不视其为一种疾病。初始吸毒，固然往往是由于个人价值观扭曲和外部因素等原因造成，然而，一旦成瘾后，不仅脑的功能发生改变，结构上也会在相应时期内产生变化，成为脑的高级神经活动障碍的反复发作性顽症；成瘾后，他们的行为完全受毒品的支配，甚至彻底丧失理智。

成瘾性药物为什么能使人产生对它的依赖状态，是近百年来科学家广泛进行研究的热点，虽然取得了很大进展，但仍存在着许多疑点。总的说来，吸毒成瘾是依赖性药物与机体相互作用的结果。

一方面依赖性药物有个共同的特性是进入机体后作用于人的脑内与学习、记忆有关的神经系统（奖赏系统），使人产生愉悦、轻快的感觉，逐渐产生精神依赖（心瘾），进而形成追求应用该药物的行为；另一方面，依赖性药物作用于机体，使机体产生了适应性改变，形成了在药物作用下的新的平衡状态（身体依赖），一旦停掉药物，就会感到不适和身体的损害，出现戒断反应（停药反应）。用药者为了避免戒断反应，就必须定时用药，且不断加大

剂量,上述两种因素使吸毒者终日离不开毒品。

尽管人类对毒品成瘾给予了极大的关注,研究了半个多世纪,但至今也未能完全阐明毒品成瘾的神经生物学机制,无法从神经生物学角度全面解释毒品成瘾的主要行为特征。这是造成毒品成瘾严峻形势,使毒品成瘾成为世界性难题的根本原因。

(一)毒品成瘾的行为学特点及学说

1.毒品成瘾的行为学特点

通过长时间的动物实验和临床观察,人们已经认识到毒品成瘾的基本行为学特征是强迫性用药、强迫性觅药和冲动控制障碍。这三个重要特点决定了"毒难戒",决定了戒毒的主要任务。

(1)强迫性用药

在动物实验中,强迫性用药主要表现为成瘾动物为了能感受毒品带来的精神刺激而主动地不断用药,有时为了用药不顾外界伤害性刺激给机体带来的痛苦性感受,甚至伤害。在大鼠自身给药实验装置中,有两个外观一样的开关,一个开关控制的是生理盐水,另一个控制的是毒品。大鼠每鼻触或足踏控制毒品的开关一次或几次就可以从颈静脉插管中自动得到一个剂量的毒品,反之只能得到生理盐水。在训练一开始的时候,动物鼻触开关的行为是随机的,且对两类开关没有选择。经过一段时间训练之后,大鼠就能够准确辨别出哪一个开关是毒品的开关,并为了获得足够量的毒品而不断鼻触或足踏控制毒品的开关。这些行为学特征提示实验大鼠已对毒品成瘾。在此基础上,通过实验装置,让大鼠在每接受一个剂量毒品的同时,接受一次电击。在此实验条件下,大鼠为了能不断得到毒品,宁肯接受电击也要不断鼻触或足踏毒品开关。在小鼠强迫游泳实验中,动物为了脱离水这一危险环境,经过一段时间训练后就能在被放入水中短时间内(潜伏期)登上站台逃生。然而,如果让动物在远离站台的位置反复暴露于毒品一段时间后再测量小鼠强迫游泳潜伏期,我们就会发现小鼠逃生潜伏期较对照组明显延长。这些实验结果提示动物一旦对毒品成瘾,就会出现强迫性的用药行为,这是毒品成瘾的重要行为特征。实验动物的这些行为特征和临床上吸毒者强迫用药的行为特征类似,因此这个模型被广泛用于毒品成瘾神经生物学机制研究和抗精神依赖药物的筛选。

在临床上也可以观察到成瘾者类似的强迫用药行为。毒品成瘾者一旦对毒品成瘾,就一定要用药。在其经济开支中,买毒品第一重要;在其日常生活中,用毒品第一重要;用毒品比事业、工作和学习重要,比与朋友交往重要,甚至比进食、睡眠等生理需要还重要。为了用毒品可以牺牲一切,放弃对家庭和社会的责任,放弃自尊自爱,放弃前途、健康,放弃毒品以外的一切。为了弄钱购买毒品,不顾法律道德,男盗女娼。吸毒者非常清楚,吸毒是违法行为,需要掩饰,所以吸毒者说谎是必然的。由于经常说谎,他们说谎已经变得非常自然,几乎成了他们生活的一部分。他们能够把谎言编造得天衣无缝,说真话反倒不习惯了,不能真实地面对自我。吸毒者也能体会到吸毒的危害,他们也会主动要求戒毒,戒毒的愿望中有真诚的成分。他们可以信誓旦旦地表决心要配合治疗,在亲人面前会痛哭流涕地悔过,写出感人的保证书,甚至自残肢体以示戒毒的决心。然而,一旦出现精神和躯体上的戒断反应,就会表现出完全相反的一面,千方百计地偷吸毒品。这些双重人格的表现,往往不被人们所理解,很容易被人们认为是人格、品质问题。如果我们把动物的强迫用药行为和成瘾者的行为联系起来,就很容易得出正确结论。吸毒者表现出来的双重人格是疾病的临床表现,而非其他。

(2)强迫性觅药

在自身给药动物实验中,通过特殊的实验装置,大鼠每正确鼻触或足踏控制毒品开关一次或几次就可以从颈静脉插管中自动得到一个剂量的毒品,经过一段时间训练之后,大鼠就能够形成稳定的操作行为,以获得足够量的毒品。这些行为学特征提示实验大鼠已对毒品成瘾。在此基础上,用生理盐水换掉毒品液体,虽然大鼠不再能通过行为操作而获得毒品,但在一段时间内还会操作开关,希望能继续得到毒品。这种现象被称为强迫性觅药。此现象相当于人的心瘾,与复吸密切相关。

在临床上吸毒者的强迫觅药行为即表现为心瘾。阿片类毒品成瘾者在完成脱毒后,停用阿片类毒品几十天或更长的时间里,虽然此时已没有躯体戒断症状存在,但他们还一直在主观上渴望吸食毒品,特别是当其再次回到熟悉的吸毒环境中,或者看到吸毒的场景,这种渴望便达到无法忍受的程度。有些吸毒者在被强制脱离毒品半年或更长时间之后,脱离强制环境后第一件要做的事情就是寻找毒品。虽然这种渴望毒品的心情随着时间的延

长会逐渐减弱，但有证据表明心瘾可持续几年，甚至十几年。虽然强迫性用药和强迫性觅药都与复吸相关，但后者更为重要，因为如果没有心瘾，防复吸治疗就会容易得多。

（3）冲动控制障碍

根据国际冲动和冲动控制紊乱研究协会的定义，冲动是指相对于具有相同能力和知识水平的其他机体，在采取行为前不经过充分考虑或不顾自身行为会带来的负性后果，而倾向于对内、外源性刺激作出快速而没有计划的反应。在动物实验和临床上都能清楚地观察到成瘾机体的第三个行为学特征是冲动控制障碍。在动物冲动控制实验装置中有两个开关，一个开关的触碰仅会马上滴出一滴水供动物饮用；而另一个开关的触碰经过一个短的延迟后就会滴出多滴水供动物饮用。我们管前者叫小奖赏，后者叫大奖赏。在实验前，先给动物禁水 24 小时，然后把动物放入上述装置中进行训练。经过一段时间训练后，正常动物宁可忍受短时间的延迟也会不断地争取获得大奖赏。这一实验现象提示，干渴的正常动物能够良好地控制饮水冲动，作出正确的选择，以便在单位时间内饮用到更多的水，使利益最大化；而用毒品对动物进行长时程处理使之成瘾后，成瘾干渴的动物则不断触碰开关以获得小奖赏，提示成瘾动物不能很好地控制饮水冲动，而放弃大奖赏，表现出了明显的冲动控制障碍。

对正常人来讲，当某一冲动产生之后，他们都有一定的控制能力，使自己的行为符合所处的环境，与伦理、道德、规范和法律要求相一致。毒品成瘾的患者则不同，他们的冲动控制能力较正常人明显减弱。心瘾可在某种意义上理解成为一个强烈的冲动，此冲动本身就难于克制，如果再加上吸毒患者的冲动控制障碍，就不难理解为什么吸毒患者脱毒后三个月的复吸率高达 95%以上了。

2.解释成瘾行为学特征的学说

（1）奖赏学说

奖赏学说认为由于毒品刺激可以给人体带来难以用语言形容的欣快感和无限的精神放松与享受，可以使吸毒者忘却一切悲伤和烦恼，使其生活的环境变得和谐、温馨、美好，所以吸毒者为了经常体会到这种欣快和美好就会表现出强迫用药行为。吸毒者为了重新得到失去的这种欣快和美好就会

表现出强烈的心瘾(强迫觅药行为)。此假说较好地解释了吸毒者的行为特征。

(2)惩罚学说

在临床上可以清楚地观察到长期吸毒的患者在吸毒时虽然已不能像初期吸毒时那样清楚地体会欣快感,但他们仍表现出强迫用药和觅药行为。这一行为学特征用奖赏学说无法很好地加以解释。同时,在临床上还可以观察到吸毒患者一旦停用毒品后会出现躯体戒断症状,患者寻死觅活的、地狱般的痛苦使其无法忍受。当戒断毒品 10—15 天以后,虽然躯体戒断症状消失了,但稽延症状和精神戒断症状将长期存在。因此,有人就提出了惩罚学说。惩罚学说认为吸毒患者表现出的强迫用药和强烈的心瘾(强迫性觅药)不是为了体会欣快和美好的感觉,而是怕停用毒品后那种难以忍受的痛苦。为了避免经历痛苦而强迫用药,为了尽快结束痛苦的经历而强迫性觅药。

(3)病理性记忆学说

病理性记忆学说模糊了奖赏学说和惩罚学说的对立,突出了记忆对吸毒者行为特征的贡献。此学说认为吸毒患者之所以表现出强迫用药和强烈的心瘾主要是因为患者对毒品引起的奖赏和惩罚效应形成了难于忘记的异常记忆。患者在这个病理性记忆的驱动下而不断地强迫性用药和觅药。

(4)强迫学说

患有强迫症的患者最显著的临床特点是,明明知道自身的某一怀疑是虚假的,但还是无法自我控制地一遍遍地去检查这一本来不存在的怀疑到底存在不存在。持这一学术观点的人认为毒品成瘾和强迫症类似,所以表现出强迫用药、强烈的心瘾和控制障碍。

(二)吸毒成瘾的神经生物学机制[1]

人们发现,尽管不同种类的滥用药物产生多样化的药理作用及不同的行为效应,如急性作用可能产生奖赏、强化、欣快、兴奋、幻觉、错觉、抑制等不同的心理生理效应,然而,长期接触毒品,成瘾后却都具有相似的特点,如药物耐受性、依赖性,包括躯体依赖性和心理依赖性,以及对成瘾药物的敏

[1] 施红辉、李荣文、蔡燕强:《毒品成瘾矫治概论》,科学出版社 2009 年版,第 176 页。

感性增强，一旦中止用药或者降低用量都可能导致戒断反应。即使在停止药物滥用很长时期内，随时间可能因为环境、情绪、躯体等因素诱发复吸。这种现象提示，在复杂的成瘾背后有相似的神经生物学基础。

1.成瘾与脑边缘系统的奖赏环路

成瘾的神经生物学基础位于大脑的边缘系统，即脑内多巴胺奖赏系统。边缘系统由不同的神经核团组成，该环路主要由起自中脑腹侧被盖区多巴胺能神经元向伏隔核和大脑皮质（包括前额皮质区）、眶额皮质及前扣带回区的多巴胺投射组成边缘区，还包括杏仁核、腹侧苍白球、海马等，它们相互联系，形成神经环路。这个环路调控着一些重要的生理功能，如调控饥渴和性欲，同时也参与维持情绪和记忆，涉及天然刺激（如美食、饮酒、性等）及成瘾药物刺激所引起的奖赏效应。因此，中脑边缘多巴胺系统亦被称为脑奖赏环路。

边缘系统各个核团在成瘾过程中的作用不同。伏隔核与多巴胺、谷氨酸递质与精神活性物质的效应存在密切联系。伏隔核与腹侧苍白球参与药物滥用过程中的强化效应，杏仁核及海马在成瘾过程中条件性学习中发挥着重要的作用。杏仁核及腹侧海马涉及刺激奖赏关联的学习，而背侧海马则参与刺激关联的学习，介导与成瘾相关的病理性学习—记忆过程，与条件线索诱发的复发行为有着密切的关系。

另一方面，前额皮质区、眶额皮质及前扣带回调节情绪反应、认知控制及执行功能，药物的反复暴露会导致前额叶伏隔核通路的谷氨酸能神经元的适应性反应，而这种反应主要参与成瘾行为的持续性，包括对认知功能调控的降低及对药物相关刺激的反应敏感化等。

尽管各种滥用的药物经常产生不同的行为效应及多样化的药理学作用，但一个共同的特征就是他们都不同程度地增强了中脑边缘奖赏环路的多巴胺活性。长期滥用成瘾性药物，强烈地刺激大脑边缘系统，使得边缘系统错误地将毒品作为主要生物事件来处理，产生持续的正性（欣快感）和负性（渴求感）的强化作用，使得依赖者维持其成瘾行为。

自然奖赏因素也增加多巴胺，使人们产生愉悦的情绪，为什么它们不会成瘾？区别也许在于数量和质量的不同，由毒品引起的伏隔核中多巴胺增加在数量上比由自然因素引起的多巴胺增加量大（至少5—10倍），上升速

度更加迅速,在持续时间上也比后者长。此外,由自然因素引起的伏隔核内多巴胺增加介导正常生理效应,但是毒品引起的伏隔核中多巴胺增加,强化了毒品的奖赏效应,刺激了依赖者获得更多毒品的动机,无论毒品是否能起到让人感到欣快的效应。而这些现象不会发生在由自然因素引起的多巴胺增加中。

2.成瘾药物的中枢作用靶点

过去30年来,药物滥用研究方面取得的最重大的进展之一就是精确鉴定了主要滥用药物的分子靶点,不同毒品的中枢靶部位并不完全一致。如阿片类作用于内源性阿片肽μ、δ、κ受体;中枢神经兴奋剂,如可卡因、苯丙胺,是通过间接调节多巴胺的摄取或释放起作用,前者抑制多巴胺转运体,后者促进多巴胺的释放;乙醇可促进A型γ-氨基丁酸(GABAA)受体功能,并抑制N-甲基-D-天门冬氨酸(NMDA)谷氨酸受体功能;尼古丁作用于尼古丁型乙酰胆碱受体;大麻在体内发现存在大麻素受体1(CB1)和大麻素受体2(CB2)两种受体亚型,仅CB1受体亚型介导了大麻的成瘾效应;苯环利啶是NMDA谷氨酸受体的拮抗剂;致幻剂是5-羟色胺受体的部分激动剂等。尽管不同的药物作用于不同的神经递质系统,但所有至今鉴定出的滥用药物的靶点都是与突触传递相关的蛋白质。

3.成瘾与中枢神经递质

我们已经了解,多种神经递质包括γ-氨基丁酸、谷氨酸、乙酰胆碱、多巴胺、5-羟色胺和内源性阿片肽等与相应毒品所产生的药理效应有关。这些物质中,多巴胺常与毒瘾加深联系起来。

多巴胺的释放对于奖赏效应是必不可少的,所有的成瘾药物均可增强伏隔核细胞外的多巴胺水平。这种效应被认为是导致自身给药或是成瘾的恶性循环的正向强化作用神经生化基础。可卡因、苯丙胺、脱氧麻黄碱(甲基苯丙胺)和致幻剂通过抑制多巴胺再吸收,或通过对多巴胺转运体的影响促进多巴胺的释放,增加多巴胺浓度。如尼古丁、酒精、阿片类和大麻类通过调节多巴胺细胞对γ-氨基丁酸、内源性阿片肽受体或CB1的投射,间接升高伏隔核多巴胺水平。在可卡因自身给药研究中,发现伏隔核区的细胞外多巴胺水平确实是增高的,而在其他滥用药物如海洛因、大麻素、尼古丁、苯丙胺等自身给药的实验中也报道了类似的效应。

滥用药物可能还同时存在有非多巴胺依赖的奖赏机制。尽管多巴胺受体的应用或利用6-羟基多巴胺造成的伏隔核区多巴胺能神经元的损伤可以阻断兴奋剂的自身给药,但是这些操作通常不能影响酒精或阿片制剂的自身给药。颅内或全身给予多种阿片类受体拮抗剂可以减弱海洛因或酒精的自身给药。内源性的大麻素系统可能在阿片类及酒精奖赏中扮演着重要角色,拮抗 CB1 受体可以减少阿片及酒精的摄入。

然而,也有一些证据支持多巴胺在阿片及酒精强化效应中也发挥作用。利用在体微量渗析试验研究的结果显示:当动物在吗啡、海洛因及酒精激活的自身给药过程中,在伏隔核壳部可以检测到细胞外多巴胺释放的增加。在动物实验中,损毁伏隔核、中脑腹侧被盖区及腹侧苍白球时,可以抑制可卡因及海洛因的自身给药。给予多巴胺合成抑制剂或多巴胺受体拮抗剂可以降低很多药物包括可卡因、苯丙胺、海洛因及酒精等的自身给药。这些都提示成瘾药物的增强效应可能是受到多巴胺依赖奖赏和非多巴胺依赖奖赏的双重机制影响。

4.成瘾的神经适应性变化

成瘾的另一个重要原因是成瘾物质或行为的慢性作用能够对神经系统造成长期的适应性变化,并且影响奖赏效应。

事实上,一些成瘾者承认尽管吸毒不再快乐,他们仍然吸食毒品。由毒品引起的多巴胺增加也会促进环境感知并引起吸毒的欲望,原先的神经刺激与毒品相联系变成了神经适应。这有助于理解为什么当成瘾者处于原先的吸毒环境中时,就有复发的危险。

研究表明,与最初吸毒的急性神经递质活性的增加相比,长期滥用药物可能导致更复杂的伏隔核区活性的改变,特别是在持续的戒断过程中。如酒精戒断过程中 GABA 神经传递的改变、尼古丁戒断过程中尼古丁受体的下调、兴奋剂戒断过程中多巴胺神经传递降低,以及阿片类戒断过程中内源性阿片肽受体下调等。

事实上,长期使用毒品改变了相关的神经组织结构。在细胞层次,毒品改变了特定的转录基因(细胞核蛋白与常规遗传片段相结合,从而把它们转录成为信使核糖核酸 mRNA),而许多种与大脑区域神经传导有关的蛋白由多巴胺控制。长期戒毒后,在转录基因 δFos 和 cAMP 反应元件结合蛋白

(CREB)中发生了持久改变。这引起了人们的特殊兴趣,因为它们调节了与染色体结合不定性有关的蛋白质复合体。

同样,所有的成瘾药物均会产生大脑应激系统功能的失调(如促肾上腺皮质激素、皮质酮、促肾上腺皮质激素释放因子活性的改变等)。这种应激激素系统受体及神经递质活性持续的改变可能代表了参与神经适应性的代偿机制,旨在有药物存在的情况下调节自稳态平衡。这些改变会使急性药物戒断产生特征性显著的负性情感状态,或增强应激性刺激所引起的敏感性,这两种情况均易于导致复发。

三、复吸成因分析

复吸,在医学上又称药物滥用的复发。复吸一般是指吸毒者在戒断毒瘾之后重新吸毒的行为。复吸是关于吸毒问题研究中的一个重要课题。在现实的毒品问题中,大量的吸毒者虽经治疗但又重新吸毒,这几乎是所有毒品泛滥国家共同面临的一个难题,非常高的复吸率始终是各国与毒品作斗争的主要障碍之一。复吸不仅使耗费大量经济、法律、人力资源所进行的努力毁于一旦,而且使吸毒人口的数量和对毒品的需求居高不下,以致形成恶性循环,进而加深了毒品问题对社会所造成的危害。

高发的复吸率是一个引起社会格外关注的问题。目前,国际上戒毒的巩固率只有9%,即使科学比较发达、戒毒方法比较先进的美国等发达国家复吸率一般也在90%以上。德国的复吸率为87%;禁毒工作富有成效的新加坡,其复吸率也在70%—80%之间。从戒断率的角度看,美国只有5%,法国为10%,泰国为20%。[1]

我国的复吸率状况也已经达到了不容乐观的程度。由于毒品的扩散和吸毒行为的传播,我国的吸毒问题逐步严重化。相当一部分吸毒者吸毒史长,戒毒次数多,甚至形成屡戒屡吸的恶性循环。据观察和统计,戒毒者的复吸率一般在85%以上。但是,不同的戒毒形式、不同的戒毒时间、不同的管理模式、不同的地区吸毒者的复吸率都有所不同。

吸毒行为是个体、毒品和社会环境因素综合作用的产物。这一原理同

---

[1] 郭建安、李荣文:《吸毒违法行为的预防与矫治》,法律出版社2001年版,第232页。

样适用于对复吸原因的分析。与染毒原因有所不同的是，由于毒品的毒理作用和个体在吸毒行为延续过程中社会背景的变化，导致复吸的原因进一步复杂化。由于阿片类药物的成瘾性在理论上和现实中都非常典型，以下主要分析海洛因以及其他阿片类毒品成瘾者戒断后复吸的原因。

（一）复吸原因的一般分析❶

复吸是吸毒问题的一个重要组成部分，也是社会问题的一个方面，具有社会问题的特性，包括产生原因的复合性或多因性、后果上的复合性或破坏性。导致复吸的原因是复杂的，既有多方面因素的综合作用，也存在个体之间的差异，既有主观的、个体方面的原因，也有外部的、客观的原因。从一般分析的角度而言，吸毒成瘾者在戒毒后重新使用毒品的原因包括以下三个方面：

第一，毒品的损害或吸毒的后果。吸毒成瘾者虽然经历了一定时间的戒毒治疗，但由于毒品对于吸毒者生理和心理的巨大破坏作用，使吸毒者在康复的过程中普遍地在客观上面临着障碍，这主要是心理依赖性、迁延性戒断症状和吸毒者产生的人格变异，这些因素是可能导致复吸的内在的因素。

第二，戒毒的态度、动机和效果。吸毒者在上一次戒毒的动机和决心对于戒毒效果具有重要影响，而戒毒效果对于是否复吸具有直接的影响。同时，戒毒的模式、方法对于是否复吸也具有重要的影响，这包括戒毒的期限是否合理、药物使用是否得当、戒毒机构的管理是否严格以及有关工作人员的素质和态度等复杂的因素。

第三，不可忽视的社会因素的影响。由于吸毒者在经过一段较长时间的吸毒、戒毒以及法律处分之后，不可避免地经历了个人能力、条件的丧失，加之毒品和吸毒行为所带来的无法短期克服的生理和心理障碍，吸毒者在康复和回归社会的过程中势必面临多方面的困难和不利境遇。尤其严重的是吸毒者在经过封闭的治疗之后，又将重新面临一个开放的环境，摆脱毒品和其他吸毒者的诱惑需要相当的决心和毅力。这些外在的因素对于复吸率具有重要的影响。

（二）复吸的原因要素

与复吸相关的因素纷繁复杂，分类也比较混乱，不少因素互相影响或互

---

❶ 郭建安、李荣文：《吸毒违法行为的预防与矫治》，法律出版社2001年版，第237页。

相重叠。以下根据医学界、心理学界、社会界专家学者的相关研究成果，对于导致复吸的主要原因要素进行分析：

1.生理因素

（1）稽延性戒断症状

稽延性戒断症状，又称迁延性戒断症状或稽延症状，是药物依赖者对毒品依赖性延续的表现，是戒毒者在阿片依赖戒断后所普遍存在的神经内分泌和其他生理、生化的紊乱和代谢障碍。阿片类药物尤其是海洛因的强烈、快速的成瘾性是上千年以来一直困扰人类的一个难题。直至 1973 年，国外科学家对于阿片类药物的成瘾性获得重大突破，证实了人体内存在阿片受体，并发现了内源性阿片样多肽作用于阿片受体并通过多种神经内分泌机制调节体内多个系统功能。吸毒者摄入的大量外源性阿片类药物作用于肌体，由此产生了药物依赖性和药物耐受性。一旦中止用药，机体反复连续用药之后形成的适应状态和机体的正常功能被破坏，出现难以忍受的临床戒断症状，即戒断综合症。这种症状一般可以自行缓解或自愈，大部分症状在 6 至 12 天内可以消失。

许多依赖者在急性戒断综合症消退之后，由于肌体各系统恢复过程不均衡，普遍地出现顽固性失眠和骨、关节、肌肉疼痛等非常典型的症状，其他较普遍的症状包括食欲低下、浑身无力、易出汗、忽冷忽热以及胸闷、怕冷等生理反应，有的学者认为戒断症状还包括心慌、感觉过敏、烦躁、易激怒、情绪恶劣等表现，且可持续达数月甚至 1—2 年之久。这些症状的存在，不仅影响滥用者的功能恢复，更有相当一部分人因此而故态复萌，导致复吸。有的吸毒者认为自己毒瘾没有戒断，甚至认为毒瘾根本无法戒断，有的为缓解痛苦而重新吸毒，结果致使前功尽弃。

（2）与复发相关的神经生物学机制[1]

在经过了较长时间的戒断后复发，即觅药和摄药行为的复发构成了对药物依赖的个体长期治疗过程中最重要的问题。

概括来讲，有三条相互独立而又相互交叉的神经通路与复发密切相关。从中脑腹侧被盖区、杏仁核、背外侧前额叶皮层和伏隔核核区起始的包括多

[1] 施红辉、李荣文、蔡燕强：《毒品成瘾矫治概论》，科学出版社 2009 年版，第 179 页。

巴胺能、谷氨酸能在内的一系列神经投射是调节条件性线索诱发复发的首要通路。与药物线索相关的刺激诱发/点燃的复发主要包括背外侧前额叶皮层至伏隔核核区谷氨酸投射和背外侧前额叶皮层和伏隔核壳区的多巴胺能神经投射。最后，应激所致复发涉及去甲肾上腺能和促肾上腺皮质激素调节因子输入 CeA 和 BNST，继而投射至背外侧前额叶皮层和伏隔核核区。

提示在上述三种诱发复发类型中存在一条“最终的共同通路”，从中脑腹侧被盖区（所有形式的复发）、杏仁核边缘区（线索诱发复发）及 CeA、BNST 和伏隔核壳区（应激诱发复发）发出的投射会聚于包括背外侧前额叶皮层和伏隔核壳区的运动神经元通路，与线索、药物及应激所导致的复发行为密切相关。

值得重视的是，最近有成瘾研究证明其他脑结构与相关环境诱发的复发行为有关。如可卡因依赖者渴求的增强与背侧纹状体（尾壳核）多巴胺能神经元的活动增强相互关联。同样，用药理学方法阻断背外侧纹状体会减弱复发大鼠的觅药行为。还有研究显示背侧海马和伏隔核壳区而非伏隔核核区，在环境相关的复发行为中发挥作用。

2.心理因素

（1）对毒品的心理依赖和渴求

药物依赖性是遏制吸毒现象、减少吸毒行为的关键性障碍。药物依赖性在不同的阶段有不同的表现。在吸毒成瘾期间，由于药物依赖性和药物耐受性同步演进，生理依赖和精神依赖综合作用，吸毒者只有反复维持药物摄入才能避免出现不良反应；在急性脱瘾期，停药后吸毒者会出现剧烈的生理反应，身体依赖方面的反应在这一阶段是主要的方面；在脱毒之后，对毒品的心理依赖或“渴求”将在相当长的一段时间内扮演着重要的角色，并成为导致药物依赖者复吸的最重要原因之一。

海洛因属“高强度致依赖毒品”，被称为“硬性毒品之王”，具有强烈、神秘的精神效应，能够形成顽固的心理依赖。由于海洛因在使用初期可以在心理上产生欣快和舒适感，即具有产生特殊心理效应的“正性强化作用”，使吸毒者对海洛因产生向往和追求的愿望，并产生反复用药的强烈的渴求心理和强迫用药行为，以致形成精神依赖或心理依赖。心理依赖在实践中又称“渴求”、“心瘾”、“想瘾”，既是一种强烈的内心冲动，也是一种慢性病

态。它不仅在吸毒成瘾期间强烈地驱使吸毒者反复、不断地摄入毒品,而且,心理依赖可以延续相当长的时间。在经过戒毒治疗之后,即使生理依赖已经不存在或不明显,但戒毒者仍然向往以前吸毒所曾经产生的欣快感。因此,心理依赖使个体的吸毒行为具有长期性,有些吸毒者甚至可能维持终生或至死亡,而且,极易导致戒毒者为觅求欣快感而复吸。

此外,条件反射学说及其试验说明,条件反射性因素对于复吸也具有一定的影响。吸毒者经治疗回到原来吸毒的环境后,如果见到毒品或者吸毒用具,或见到吸食或者注射毒品的情景,都可能使之产生渴求感,甚至见到吸烟、注射都会使之联想到以前吸毒的情形和感受。有些研究还说明,安眠药物可以引起阿片类药物的复吸,饮酒常可以引起可卡因依赖的复发。据了解,在戒毒场所内有许多戒毒者不仅吸烟,而且烟量非常之大,从某种角度说,这是其缓解心理渴求的一种表现。吸毒条件反射因素的存在进一步证明了"心瘾"是客观存在的。

从毒理和药理学原理看,解决吸毒者的生理依赖并非一个尖端的问题,一般不需要复杂的技术和手段,关键是从人道主义的角度出发减少戒断的痛苦,探讨更加快速、有效、危险性较小的方法和药物,并避免强烈的戒断症状危及吸毒者的生命。但是,消除心理依赖和吸毒者的心理康复却是一个世界性的难题,不仅为吸毒者本人无力克服,现代技术手段和药物对此也束手无策。目前国际上认为吸毒者的康复期一般需要 3—5 年,长者需要 10 年。

因此,吸毒者是否能够摆脱心理依赖、获得心理康复,是戒毒能否成功的关键和重点所在。许多吸毒成瘾者将心理依赖形象地描述为"易戒难守"、"一朝吸毒,十年戒毒,终生想毒"。在现实中,由于吸毒者在戒断之后留恋曾经历的吸毒体验,或者因受到外部因素的刺激而仍希望追求快感体验并借此获得解脱,所以,大量的吸毒者又重新吸食毒品。心理依赖是导致复吸的内在的和客观的原因,其影响时间长,并带有一定的普遍性。

(2)戒毒动机和戒毒决心不坚定

吸毒者是否具有纯正的戒毒动机和充分的戒毒决心,是能否成功戒毒、防止复吸的关键的内在原因和个体原因。国外的研究一再表明,吸毒者戒毒的决心大小对是否复吸有很大影响。比如,不少依赖者在求治或被迫治

疗时，内心所定的目标并不是彻底戒断，而是希望减少用量、恢复身体状况。因此，这些人治疗后的复吸率自然会高于那些确实有戒除愿望且希望彻底摆脱的依赖者。

戒毒动机不纯不仅可以导致戒毒不彻底或失败，而且，由于吸毒者对于毒品的迷恋和对于毒品的危害缺乏必要的认识，易于导致在经过治疗后很快复吸。因此，戒毒动机不纯是复吸的一个重要原因要素。有关调查表明，戒毒人员的戒毒动机是非常复杂的，有相当一部分吸毒者戒毒的动机不纯正。这主要包括以下几种情况：由于毒资入不敷出或者失去毒品来源，无法维持毒品摄入，为暂时摆脱毒瘾和避免出现痛苦的戒断症状，无奈进行戒毒；由于长期吸毒体质衰弱，甚至疾病缠身，为“保命”而暂时放弃吸毒；为逃避法律追究如拘留、罚款而戒毒；在亲友或单位的压力下被迫戒毒；为应付某些急迫事项如就业、出国而不得已戒毒；等等。这部分戒毒者复吸的可能性势必大于戒毒目的纯正的戒毒者。

郭建安对 1200 名吸毒成瘾者的调查表明，有 28.41%的被调查者回答复吸的原因是上一次戒毒不彻底。上述种种戒毒动机不纯的情况在医疗戒毒机构内体现得尤为明显，但是，从我国的戒毒体系来看，强制戒毒仍是主要的部分。强制戒毒体系包括公安机关强制戒毒和劳教戒毒，在这两种戒毒形式中，戒毒者是根据法律法规被强制送往戒毒机构进行治疗和教育改造的，因此，吸毒者的戒毒动机对于复吸的作用就更值得研究，尤其是需要经过教育改造和治疗使其树立对毒品的正确态度。[1]

可能导致复吸的另一个重要的主观因素是戒毒的决心。据研究，戒毒者的戒毒决心并非是稳定的，而是处于波动的状态。在戒毒初期一段时间内，戒断的愿望较强烈，决心也较大。但是，在经过一段时间的戒毒治疗和恢复之后，随着身体的恢复和一段时间对于毒瘾的抑制，戒毒的决心淡化，许多吸毒者又在渴求感、侥幸和放纵心理的驱使下产生了“再来一次”或“最后一次”的想法，结果出现了所谓的“失操守效应”，陷入反复吸毒、反复戒毒的恶性循环。因此，戒毒动机和决心的维持和巩固对于预防复吸具有重要作用。

---

[1] 郭建安、李荣文：《吸毒违法行为的预防与矫治》，法律出版社 2001 年版，第 242 页。

(3)吸毒者的心理变异和人格改变

国外学者的大量研究表明,心理失调或心理变态是海洛因依赖者最为常见的人格特征,包括人格异常、情感障碍和思维障碍。其中,海洛因依赖者的抑郁、焦虑等神经症表现显著高于一般人群,是其人格特征的主要表现;一些人具有偏执型或分裂型人格的特征,不能很好地适应环境和建立良好的人际关系,易于出现紧张、多疑、抱怨、逃避等变态心理,出现退缩性防御或逃避现实、以自我为中心、自卑感和无能感。而且,还具有行为轻率、缺乏自我控制能力和认知能力、情绪不稳定、缺乏责任感和前途感等人格特征。海洛因依赖者的情绪障碍是复吸率增高的一个重要因素。

据研究和调查证实,阿片类药物依赖者在戒毒后存在的心理障碍和负性情感经历往往是复吸的“引线”。从吸毒者的情绪状态来看,吸毒者中抑郁症的现患率及既往患病率均高于一般人群,未达到临床水平的情绪障碍更是较为多见。而已有的研究提示,依赖者的情绪障碍影响总体上升后,使复吸率增高。因此,应有针对性地进行药物或社会心理干预。据调查,有84%的复吸者企图用毒品缓解不良情绪而导致复吸。

由于海洛因依赖者的不良个体基础,且在其回到原来的社会环境中不可避免地遇到就业、恋爱婚姻、经济来源、周围人的态度、社会环境等因素所产生的负性影响,就有可能引发或加剧其人格、情绪等方面的不良状况,使其自暴自弃,以致借助毒品来解脱眼前的困境。

3.社会因素的负面影响

“粉友”或“毒友”的拉拢和诱惑,地下毒品黑市的存在,家庭成员或其他人不理解、不支持甚至歧视,监督、服务、保障体系不发达等一系列的原因对于降低复吸率具有消极的影响。这些社会的、外部的因素与个体的、内部的因素交互左右,往往使吸毒者在回到社会之后不仅得不到有力、有效的监督和帮助,反而面临社会压力,加剧了其人格缺陷和负性情绪,刺激其对毒品的渴求,增加了其在心理康复过程中的困难和障碍。根据课题组的调查和个案访谈,许多在场所内的戒毒者对于将来可能面对的“粉友”影响充满了忧虑甚至是畏惧心理,其中26%的被调查者回答此次复吸的原因是“受人拉拢”。根据有关调查,不良社区环境的影响、就业问题及生活来源无法解决、婚姻家庭问题的挫折等是影响复吸的主要社会因素。

同伴压力和家庭环境是两个重要的影响因素,在特定条件下或对特定个体而言,对于复吸起着关键的作用。依赖者原先所属的同伴群体对依赖者的影响也不可低估。从吸毒者处理困境的技巧来看,由于复吸大多发生在一些特定情境之中,如果训练个体在特定情境及同伴压力之下能够自持,或能坚定有效地拒绝他人的影响,那就为保持操守奠定了基础。国外有些预防项目的重点就是训练人们在关键时刻能够说“不”。许多人称,自己一回到原先的一伙人中,便难以抵御同伴的劝说和引诱,禁不住“再来一口”,从而再陷泥潭。而一些成功的事例也说明,要想在较长时间内不复吸,斩断与原先小圈子的联系、重建人际关系及社交网是重要的一环。有的戒毒者的家庭中有人仍在滥用药物,或原有的家庭互动模式仍然存在,或原来的同伴继续鼓励、怂恿其饮酒或吸毒,这些诱因都可能促使复吸的发生。

4.治疗与复吸

对于吸毒成瘾者是否进行了科学、有效的治疗,对于降低复吸率具有显著的影响。因此,戒毒机构的治疗是一个预防复吸的重要环节。治疗包括医学、心理学、行为学等方面的技术和方法的运用。目前,对于吸毒者的治疗还存在几个方面的不足或缺陷,这主要是指心理治疗和康复在我国的专业戒毒机构中仍很薄弱;药物治疗的方法和药物的应用较不集中,效果不很明确;专业戒毒的实际戒毒期限较短。

在治疗的期限上看,以往的强制戒毒的期限偏短。对吸毒者的治疗一般经一年时间才趋于稳定,但以前国务院《强制戒毒办法》规定的期限为3—6个月,最长不超过1年。有些地方的强制戒毒机构在执行时缩短了治疗期限,短至1—2个月。这样短的戒毒期限往往只能解决生理依赖的问题,甚至只能解决急性脱瘾的问题,无法实现较好的康复和教育。对此,应当采取东南亚一些戒毒工作比较有力的国家的经验,将强制戒毒期限的起点规定为1年左右。相比较而言,劳教戒毒的期限则比较适于取得较好的效果。

医学治疗的方法对于复吸率具有重要的影响。何种医疗方法和药物对于预防复吸具有更好的作用,是目前各国都在积极探索的问题。同时,医学治疗还必须与心理治疗、心理康复、社会监督和支助等措施有效地结合起来。

第二节　中国港、澳、台地区吸毒成因概述

一、中国港、澳、台地区毒品使用情形

(一)香港地区

在香港,鸦片类毒品(主要是海洛因)一直是最多人吸食的传统毒品,但这类毒品的流行程度日渐下降。在1998年至2007年间,被呈报吸食传统毒品的人数,由13,636人降至7,409人,减幅为46%。而同期被呈报吸食危害精神毒品的人数则持续上升,由3,412人升至7,810人,增幅达129%。至2007年,档案室所接获呈报的吸毒者中,更首次录得吸食危害精神毒品的人数超越吸食传统毒品的人数。21岁以下的青少年吸毒者,则在三年间增加了34%,致使吸毒者的总人数在2007年出现回升的情况❶。

至2010年,被呈报的吸毒者12,420人,与2009、2008年相较,已呈现下降趋势。21岁以下青少年吸毒人数也由2008年的3,474人开始下降,2009年为3,387人(减少2.5%),2010年为2,753人(减少20.8%)。在2007年至2010年间,海洛因是吸毒者最常吸食的毒品,在2010年被呈报的吸毒者当中,有50.0%吸食海洛因。氯胺酮则是吸毒者最常吸食的危害精神毒品,在2010年被呈报的所有吸毒者及青少年吸毒者当中,分别有36.2%及79.9%吸食这种毒品。98.3%被呈报的青少年吸毒者均吸食危害精神毒品,其他常用的危害精神毒品有甲基安非他命、三唑仑/咪达唑仑/佐匹克隆、可卡因、咳药水、大麻及摇头丸等❷。

在2007至2010年间,危害精神毒品吸食者指出,现时吸食毒品的三个最普遍原因,依次为朋辈影响、解闷/情绪低落/焦虑和出于好奇。至于海洛因吸食者,最普遍的原因则是为避免因中断吸食而感到不适,其次为朋辈影响。

(二)澳门地区

澳门在近十几年之毒品问题主要仍以滥用海洛因为主,但在20世纪

❶ 引自香港保安局禁毒处:《青少年毒品问题专责小组报告》,2008年。

❷ 引自香港保安局禁毒处:《2007—2010香港禁毒及反毒报告书》,2010年。

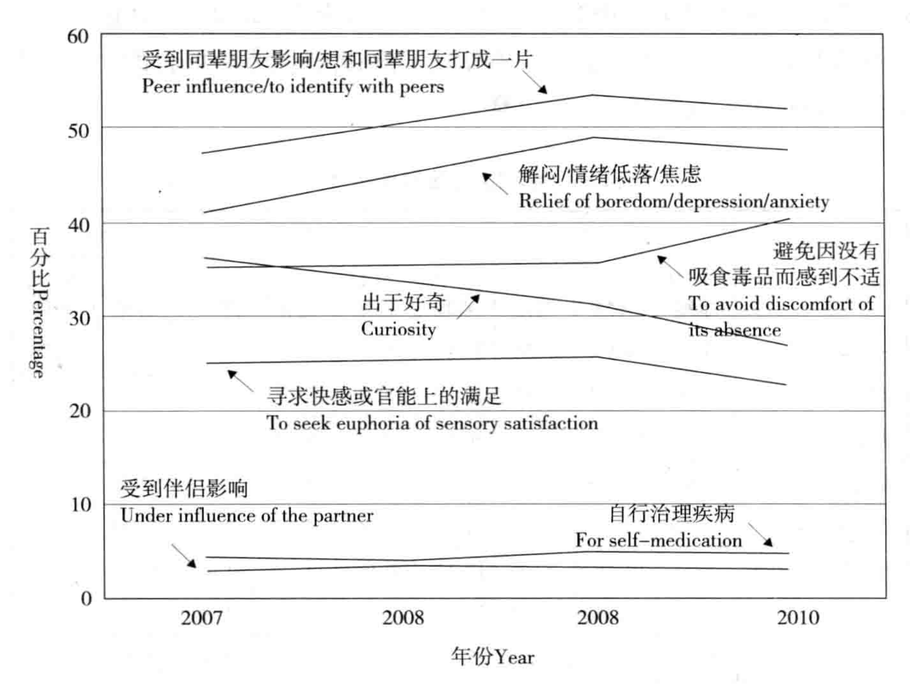


图 3-1　香港 2007 年至 2010 年被呈报吸毒者的吸食毒品原因

资料来源:《2007—2010 香港禁毒及反毒报告书》,第 31 页。

90 年代开始,大麻类及精神科药物滥用之情况逐渐突出,出现了镇定剂类的蓝精灵、安定、兴奋剂类之冰、摇头丸(MDMA-Ecstasy),和最近流行属麻醉剂类的 K 仔(氯胺酮—Ketamine)等毒品。澳门近年的青少年问题日趋严重,其中青少年滥用软性毒品及吸烟行为亦有恶化迹象,加上 90 年代末期服用"Party drugs"(派对药物)风气大行其道,以致摇头丸加速盛行。而新款毒品亦不断出现,从警方查获的数字中可以看到,贩毒吸毒人数逐年上升,吸毒贩毒者年龄更有所下降。政府自愿戒毒门诊中心自 1991 年年底至 2000 年止,共接获了 662 个求助个案,平均每年约有 70 宗新个案,活跃个案之跟进为 190 个左右。求助药物依赖者以注射海洛因居多,20—29 岁、小学程度、失业、澳门及中国大陆出生、单身之男性为主,吸食原因主要为好奇及受朋辈影响❶。另外依据调查研究报告,澳门本地大专学生吸食毒品

❶　引自澳门特别行政区政府社会工作局:《澳门禁毒报告书 2010》,2011 年版。

药物的主要原因是为了刺激(33.3%)、受家人影响(22.2%),其他原因有受朋友影响、为了消除压力、为了有型或成熟;外地大专生吸食的主要原因是好奇(66.7%)与提神(33.3%)❶。

表 3-1　澳门大专生接触毒品原因

	2003			2006			2010		
	N=116 本地	N=37 外地	N=153 总体	N=19 本地	N=15 外地	N=34 总体	N=9 本地	N=3 外地	N=12 总体
好　奇	30.2%	18.9%	27.5%	31.6%	20.0%	26.5%	0.0%	66.7%	16.7%
贪好玩	22.4%	18.9%	21.6%	36.8%	6.7%	23.5%	0.0%	0.0%	0.0%
朋友影响	21.6%	18.9%	20.9%	36.8%	20.0%	29.4%	11.1%	0.0%	8.3%
家人影响	2.6%	5.4%	3.3%	5.3%	6.7%	5.9%	22.2%	0.0%	16.7%
消除压力	11.2%	13.5%	11.8%	42.1%	20.0%	32.4%	11.1%	0.0%	8.3%
为了有型或成熟	3.4%	10.8%	5.2%	10.5%	20.0%	14.7%	11.1%	0.0%	8.3%
为了刺激	24.1%	13.5%	21.5%	26.3%	13.3%	20.6%	33.3%	0.0%	25.0%
提　神	5.2%	5.4%	5.2%	15.8%	13.3%	14.7%	0.0%	33.3%	8.3%
解闷愁	14.7%	16.2%	15.1%	26.3%	6.7%	17.7%	0.0%	0.0%	0.0%
其　他	7.8%	8.1%	7.9%	21.1%	20.0%	20.6%	11.1%	0.0%	8.3%

资料来源:《澳门在学青少年与药物跟进调查 2010 报告》。

(三)台湾地区

2011 年全年台湾地区精神医疗院所通报药物滥用个案件数计 19,025 件,通报个案男女性别比大约为 5∶1,药物滥用种类排名前五位分别为海洛因、(甲基)安非他命、愷他命、摇头丸及苯二氮平类药物(计 493 人次,占 2.6%)等。与 2010 年全年比较,通报案件减少 1,514 件(减少 7.4%),除海洛因、(甲基)安非他命、唑匹可隆等用药人次较去年同期减少,愷他命、摇头丸、苯二氮平类药物、佐沛眠、可待因、大麻、配西汀、特拉吗窦等之用药人次均比去年同期增加。2011 年度通报个案,19 岁以下以愷他命为主;20—39 岁及 40 岁以上均以海洛因为主。药物滥用原因以"药物依赖"为多(47.0%),"受同侪团体影响"(16.5%)次之;药物来源对象以"药头/毒

❶　梁成安、裴先慧:《澳门在学青少年与药物之跟进调查 2010 报告》,2011 年版。

贩”最多(54.5%),其次为“朋友”(34.5%)❶。相关的研究则指出,青少年毒品物质使用的相关因子,包括有打工经验、有跷家经验、有性行为经验、有逃课经验、无聊感偏高者,其使用物质的危险性较高❷。另外,学者亦指出,近年来青少年价值观急速转变,软性药物除罪化议题蔓延,结合青少年喜欢求新求变、追求刺激流行的特性,使得药物滥用问题更加严重❸。

(四)港、澳、台地区青少年毒品使用比较

港、澳、台地区的吸毒问题皆以海洛因为主,但如以吸毒者的年龄做区分,可以发现成人与青少年是两个截然不同的吸毒族群,成人吸毒多以海洛因为主,青少年则以恺他命、摇头丸等派对药物(俱乐部药物)为主。另外,香港、台湾有甲基安非他命的使用问题,澳门则较少见。

表 3-2 澳门及其他地区之青少年吸毒情况

	澳门	香港	台湾	全球(15—64 岁)
烟	13.3%	12%	15.5%	—
摇头丸	1.2%	1.3%	0.4%	0.2%—0.6%
K 仔(氯胺酮)	1.2%	2.1%	0.4%	0.3%—1.2%
海洛因	0.9%	0.2%	0.1%	0.3%—0.5%

资料来源:《澳门在学青少年与药物跟进调查 2010 报告》。

注 1:(澳门)本研究仅为中学生的部分结果。摇头丸数字于本研究为丸仔和大麻。

注 2:(香港)数字为 2008/2009 年香港青少年吸烟及非法使用药物之情况,共 112 所日间中学 83,605 名学生接受调查。

注 3:(台湾)数字为 2006 年台湾青少年吸烟及非法使用药物之情况,共有 18,049 名学生接受调查。海洛因一项的数字包括海洛因和吗啡的被吸食数字。

注 4:(全球)数字为年龄介于 15—64 岁吸食药品之大约比例。海洛因数字为全球鸦片剂吸食人数。

二、中国港、澳、台地区吸毒与药物滥用之成因

吸食毒品的原因,在香港、澳门的调查中,普遍可见受朋友影响、消除压

---

❶ 台湾行政院卫生署食品药物管理局:《100 年度〈药物滥用案件暨检验统计资料〉年报》,2012 年版。

❷ 陈为坚、萧朱杏、陈端容、丁志音、李景美、林乔祥、杨明仁、赖德仁、严正芳、陈娟瑜:《全台青少年非法药物使用调查(III)》,《台湾行政院卫生署管制药品管理局委托研究计划期末报告书》,2006 年版。

❸ 杨士隆、李宗宪:《青少年药物滥用问题与防治对策》,载杨士隆、李思贤等:《药物滥用、毒品与防治》,(台湾)五南出版社 2012 年版。

力/解闷/情绪低落/焦虑，以及好奇等因素。台湾的药物滥用调查多关注在生活经验与药物滥用关联性上，如逃学、逃家等，但同侪影响、心理状况与好奇，确实亦为台湾青少年使用毒品的主要因素。

然而，吸毒与药物滥用之成因至为复杂，并无法以单一之因素加以解释。同侪影响、心理状况（压力/焦虑/情绪低落）与好奇是开始使用毒品的直接因素，但对这些吸毒者而言，其背后有更为复杂的导致吸毒成因。Muisener 采用生物心理社会模型（biopsychosocial model）[1]来诠释药物滥用的问题（详见图 3-2），提供了一个重要的分析与参考。此模型包含了五个可能的因素层次——生物因素、心理发展变项、人际决定因素（家庭功能因素及同侪关系因素）、社区变项及社会变项，这些因素层次基本上是交互影响。在此模型中，有毒作用剂贯穿了这五个因素层次，因此最后显现出来物质滥用异常（substances abuse disorder）即表现在所有的因素层次上。在此模型中较强调三个主要因素，心理发展、家庭功能及同侪关系，此三因素在药物滥用的临床了解上是相当有用的。其中心理发展是中心因素，会不断地与其他两因素互动。分别叙述如下[2]：

（一）生物因素

我们的身体本身即为化学的本质，有很大的倾向会去滥用某些特定的化学物质。化学的不平衡及特定的化学物质对心情、意识及行为有很大及持久的影响。如果忽略了这些事实，而想获得持久的痊愈似乎是不太可能的事。物质滥用异常的生物因素主要包括：

1.神经学因素。可分成两部分来讨论，第一部分是神经化学传递过程，在脑中，神经讯息的传递是一种电化学的过程，而 psychoactive substances 进入脑中会打扰此过程。至于化学物质打扰的性质及范围会受一些因素的影响，包括用药者本身的神经化学构造、所使用的药物种类及药物使用的量及频率等。第二部分是在脑中药物使用的控制中心，有人认为物质滥用是由大脑皮层或控制记忆及认知等功能的大脑新部分来负责。然而，吸毒成瘾其实

---

[1] Muisner, Philips P. (1994), Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse, Sage Publications, pp.1-252.

[2] 引自陈娟瑜、杨士隆、陈为坚：《物质滥用之社会问题》，《台湾的社会问题》，台北市巨流图书公司 2010 年版，第 536—561 页。

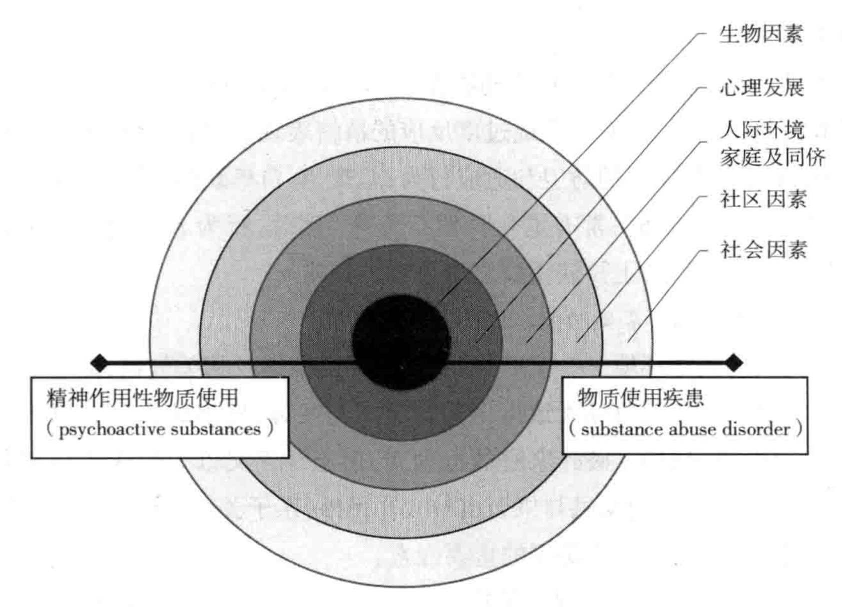


图 3-2　生物心理社会模型

资料来源:Muisner, Philips P., *Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse*, Sage Publications, 1994, p.41.

是与下视丘或掌管呼吸及饥饿等基本需求的大脑部分有关。也因此,避免因中断吸食而感到不适,成为许多吸毒者不断吸食或再吸食的主要因素。

2.特异体质的生理因素(idiosyncratic physiological factors)。一些人较容易有物质滥用的问题,因为他们本身的心理功能不佳,比方说:心境异常或罹患精神分裂症等,会导致生理上对于药物的需求,借由自我用药而使得生理及心理皆获得舒解,产生心理—生物之增强。

(二)心理发展

除前述生物因素外,心理发展因素亦为物质滥用之重要因素。例如处于叛逆期身心发展之青少年即容易受药物滥用的影响。这响应了香港、澳门的调查,认为青少年吸毒用药的重要因素除了同侪影响之外,即为消除压力/解闷/情绪低落/焦虑,以及好奇等因素。在台湾的研究即发现❶,少年用药原因以好奇模仿居首,朋友引诱次之,喜好使用后之感觉居第三,逃避挫折感居第四。可见,心理发展层面的因素为青少年药物滥用行为的重要

❶　台湾地区法务部:《青少年滥用药物问题之研究》,法务部犯罪问题研究中心,1982 年。

决定因素。

此外,研究综合文献亦指出药物滥用者具有以下特性:情绪不稳定,无法经验情绪的层次,常有冷漠或过度反应的情绪表现;无缜密的思考与判断力,产生不成熟及僵化的防卫和适应行为;悲观,有自卑缺陷,社会适应性极差;面对挫折或压力时,常有退化补偿行为❶。因此,行为人心理发展相关因素在物质滥用行为上扮演重要之角色不可言喻。

(三)人际环境、家庭功能、及同侪关系因素

行为人的人际环境——家庭与同侪,会提供情绪及相关气氛,促进行为人的发展改变。相关研究大致指出药物滥用与父母、兄弟姊妹之滥用药物经验成正比,来自贫穷、破碎家庭的行为人,由于缺乏父母关爱或受到更多的轻视,其滥用药物的动机与机会也较大。另外,亲子关系不良与父母管教态度不当亦为行为人药物滥用的重要因素。

在同侪关系方面,行为人(尤其是青少年)的同侪关系可说是青少年的第二个家庭、第二个促进行为人发展改变的环境。和其药物滥用有关的同侪关系因素可分成两类:(1)同侪危机(排斥、背叛及幻灭的危机);(2)功能不良的同侪团体(有药物滥用习惯的同侪团体)。事实上,朋友在协助药物使用者获取成瘾药物上扮演着极为重要的角色,药物使用者常从其友伴中获知使用毒品的方法。除了香港、澳门的研究指出青少年吸毒用药的最重要因素是同侪影响,台湾的研究也指出❷,药物同辈团体在少年药物滥用行为中扮演着重要的角色,例如他们(1)提供初次所使用的药物;(2)提供药物来源给新的用药者;(3)提供使用药物之方法;(4)使初次使用药物者对药物产生心理上的期待,提高药物的效果。

(四)社区因素

社区是一个联结的社会环境,包括学校、教堂、社区组织、地方政府机构、警察单位及刑事司法系统等系统。这些系统在行为人的整个发展期间,支持着他们的家庭与同侪。社区是行为人药物滥用的一个因素和是否成功地提供初级、次级及三级预防有关系。在初级预防方面,包括一些组织的活

---

❶ 杨士隆、曾淑萍、李宗宪、谭子文:《药物滥用者人格特质之研究》,《药物滥用与犯罪防治国际研讨会》,台湾中正大学、台湾成功大学 2010 年主办。

❷ 高金桂:《青少年滥用药物与犯罪之研究》,台北:文景 1984 年版。

动,目的在于防止行为人药物使用的问题及促进健康的生活形态。次级预防和计划有关,这些计划是设计来防制药物滥用者早期阶段的介入。至于三级预防,它是一种特殊的努力,目的是为了帮助有物质滥用异常的行为人及家庭获得痊愈,可透过发起 AA(Alcoholics Anonymous)、NA(Narcotics Anonymous)及 FA(Family Anonymous)集会,及建立个人、家庭与团体治疗的方便服务等方面来努力。

(五)社会因素

社会是包围所有以上所提因素的较大的社会环境,在药物滥用的生物心理社会模型中,社会被描绘成政府及其对药物滥用的公共政策、媒体及其与药物有关的态度及价值的沟通。

在政府政策方面,较受争议的部分是其处罚导向的观点,较强调毒品问题防治的减少供给面——国际性的禁止与强制的社会控制,对于毒品问题的减少需求面——教育、预防及处遇则较少着墨。在媒体讯息方面,大众媒体与娱乐界共同形成一个信息综合企业,在沟通态度与价值方面是股强大的力量。透过对青少年反复灌输价值与态度,媒体想法及影像的传递更为有力,因为青少年时期正是形成及内化道德及价值系统的时期,媒体有关药物的讯息能够影响行为人有关药物使用的态度及价值。

综合言之,根据 Muisener(1994)之诠释,药物滥用可用一比喻来表现。成长中的行为人就像是果园中的苹果树,正处于要开花结果的时期。火就像是有毒的药物一般,是小树的掠夺者。火的起源,不管是火柴或是热摩擦或其他,是不易清楚界定的。这棵树如何反抗或屈服于火苗,部分反映出其整体的可燃性(模拟于行为人的内在心灵结构)。树本身木材的内生体质(模拟于成瘾的生物因素),与火的旺盛与否有关。而在苹果树旁的树群(似行为人的家庭及同侪等人际环境),会使火持续燃烧,就如家庭与同侪会使行为人继续其药物的使用一般。果园内外更大的环境因子——气候及天气状况,能促使或阻止树的燃烧,就如社区及社会因素可使人继续其药物的使用[1]。

---

[1] 引自陈娟瑜、杨士隆、陈为坚:《物质滥用之社会问题》,《台湾的社会问题》2010 年,第 536—561 页。

第四章　我国戒毒措施

第一节　中国大陆戒毒措施

一、社区戒毒

2008年6月1日生效的《中华人民共和国禁毒法》,确立了社区戒毒这一新的戒毒模式。社区戒毒以社区为依托,以家庭为辅助,利用社区开放的社会环境对吸毒人员进行戒毒和康复治疗,因而是一种不同于以往利用封闭场所强制戒毒的新型模式。

(一)社区戒毒概述

1.社区戒毒的概念

根据《禁毒法》规定,社区戒毒有狭义、广义之分。狭义上指一种将符合社区戒毒条件的吸毒人员置于社区,由基层政权组织及公安机关负责实施,由相关社会团体和民间组织以及社会志愿者积极协助,戒除其毒瘾、康复其身心并最终促使其恢复正常社会生活的戒毒模式。广义上指社区戒毒除上述还包括被解除强制隔离戒毒措施的吸毒人员的社区康复和部分吸毒成瘾人员的维持治疗。

根据相关法规,社区戒毒的对象包括:被公安机关初次查获的吸毒成瘾人员;怀孕或者正在哺乳自己不满一周岁婴儿的吸毒成瘾妇女;不满十六周岁的吸毒成瘾的未成年人以及其他公安机关认为可适用社区戒毒而不至于对其自身和社区有危害性的吸毒成瘾人员。

2.社区戒毒的特征

作为有别于以往强制戒毒、自愿戒毒等措施的新戒毒模式,社区戒毒的特征是:

(1)非禁闭性。社区戒毒改变了以往强制隔离戒毒将吸毒人员长期置于封闭的戒毒所进行戒毒治疗的方法,让吸毒人员可以在社区较为宽松开放的环境下接受戒毒治疗。非监禁性是社区戒毒的一大特色和优势。

(2)社会参与性。社区戒毒吸纳了民间组织、社会工作者和专业人士等社会力量,并调动社区居民也参与到戒毒工作治疗中,从而减缓了政府负责强戒的压力,降低了戒毒工作的行政色彩。

(3)戒毒过程的完整性。从基本脱离吸食毒品的需要看,吸毒人员在社区戒毒模式中要经历脱毒、康复和再社会化三个相互紧密关联的戒毒疗程。同时,社区戒毒与强制隔离戒毒等其他戒毒模式也构成了一个整体,相互之间可以过渡转化。例如,当吸毒人员在社区戒毒期间出现复吸或其他情况,则将被移送场所强制隔离戒毒,社区戒毒又是被治疗人从场所强戒向正常生活过渡的必经阶段。

3.社区戒毒的性质

社区戒毒在我国尚处于初步建设和试点实验的阶段,学界对社区戒毒的性质定位还无定论。而问题是一种制度"性质问题不明确,该项制度在目标选定和措施的设置上,就会出现理论与实践的脱节,实施效果与制度设计的初衷就可能出现南辕北辙的局面"。❶

目前,国内对社区戒毒的界定有两种观点:(1)行政强制措施性质。由于在我国吸毒是一种违法行为,吸毒成瘾人员具有接受戒毒治疗的义务,他们在社区内接受戒毒治疗时,仍须遵守相关部门的行为规范,违背义务的人还可能被场所收容,人身自由受到更大程度的限制,因而它具有行政强制的性质,即具有强制性、法定性和对象特定性的特点。虽然戒毒人员身处社区,戒毒工作还吸收了大量社会力量的参与,这些却并不能改变社区戒毒行政强制措施的根本性质。(2)社会工作的性质。"社会工作是以利他主义为指导,以科学的知识为基础,运用科学的方法进行的助人服务活动。社会工作的本质是一种助人活动,其特征是提供服务。"❷与场所强戒方式相比,社区戒毒立足于社会平台,大量吸纳民间组织、志愿者特别是社会工作者的

---

❶ 刘津慧:《我国社区矫正制度研究》,南开大学硕士论文,2007年。

❷ 王思斌:《社会工作概论》,高等教育出版社1999年版,第5页。

力量,运用医药学、心理学、社会学、教育学、管理学等多元知识治疗吸毒成瘾人员,因而具有社会工作的制度性特征。比如:社区戒毒有一套明确的理论指导;有严密而科学的行为规则保证职业行为的规范性;有专门的机构和受过专门训练的社会工作者,确保社会工作科学、有效展开。在帮助吸毒人员这一特殊群体重新回归正常的社会生活的意义上,社区戒毒具有社会工作的性质。

社区戒毒既具有强制性、教育性,又具有开放性、扶助性的特点,但社区戒毒的根本性质仍是强制治疗。社区戒毒的确具有明显的行政强制特点,吸毒成瘾人员被"强制"要求不再接触毒品或者减少对毒品的依赖,尽管吸毒成瘾人员的人身不受场所禁闭,他们被法律强制要求接受治疗却仍在目的意义上具有强制性。由于这种强制手段是由政府而非医疗机构实施的,它的强烈的行政色彩表明不同于一般性疾病的常规治疗规律。也正是定位于治疗,且社区戒毒的关键是如何在社区康复而不是在一个能够接触到毒品的社区再度滥用,社会工作理念与具体方法必然大量运用于社区戒毒活动之中,而且以人为本的理念能够控制行政强制之适度,细致分析和应对问题,完成独特任务的社会工作思路和方法,还使得治疗更有效果。可见,两种手段方式的运用服从治疗目标。值得强调的是,对于吸毒成瘾人员,应当是以行为心理指导、生活扶助为主,以强制规制为辅。

第一,根据中国大陆地区的法律,吸毒行为是一种违法行为,吸毒成瘾者因而负有接受戒毒的法律义务。社区戒毒尽管是在家庭和社区完成,这种义务的强制性是明显的,况且目前我国城乡社区正经历从未有过的大变动,人口流动速度极快,刚刚起步的社会工作远不能与发达国家成熟的社会工作机制相提并论,社区力量甚至很难对社区戒毒人员形成有效的行为控制,更谈不上有效治疗。加之我国精神及心理卫生法律体系不健全,医疗部门忙于自身改革无力独自承担社区戒毒的治疗任务,落实强制戒毒工作不得不依赖治安行政部门的强制力。因此,在制度初创阶段,保留社区戒毒的行政强制本质特性是必要的。

第二,吸毒成瘾人员具有身份的特殊性。部分吸毒人员的首次吸毒行为并非自愿而为(可能是因他人犯罪行为导致等),他们成瘾表明自己是毒品的受害者。多数滥用毒品成瘾的人则是属于自陷被害的人。所谓被害是

指吸毒成瘾的人已经患有脑部疾病，他们对药物的成瘾性和耐受性已经很难通过自身力量消除，政府与社会对于这种自我意志无法完全控制的状态明显不能动用行政处罚，而是利用强制、教育、扶助等综合手段，帮助他们逐步恢复和增强其行为控制能力。

可见，强调社区戒毒的治疗服务性质，注重对于吸毒人员的行为治疗及重建对身心有益的人际交往的社会化训练，是工作重点。行政强制手段并非基于惩罚目的，而是为了保证社区戒毒的有效展开。

4.社区戒毒的模式

《禁毒法》对社区戒毒的具体细则虽未予以统一详尽的规定，各地在探索适合自身的戒毒模式的道路中，却创造性地建立了许多可供全国社区戒毒工作研究和借鉴的戒毒治疗制度。例如，云南省昆明市金碧社区的"金碧模式"，该模式推出"四个针对"的帮戒方法：针对吸毒者不同的家庭帮戒；针对吸毒者不同的行为、心理素质帮戒；针对吸毒者的成瘾程度帮戒；针对吸毒者不同的环境帮戒。把帮戒工作向五个方面延伸：把帮戒工作延伸到吸毒者家中；把帮戒工作延伸到吸毒者心灵中；把帮戒工作延伸到单位（有工作单位的）；把帮戒工作延伸到大墙内（劳教所）；把帮戒工作延伸到社会。并在此基础上，摸索出了真心、爱心、信心、耐心、心换心"五心"工程。该社区 14 名戒吸学员中戒断巩固 3 年以上的 3 人，两年以上的 3 人，戒断一年以上的 4 人，一年以下的 2 人，两年以上戒断巩固率为 42.9%，因复吸送劳教的 2 人，占 14.3%，金碧社区成为第一个 1996 年至今无新染毒的社区。[1] 再如上海市的浦东模式，该模式以政府主导（引进香港"政府购买服务"的理念和框架）、社团自主运作、社会多方参与为特征，坚持以吸毒人员为中心，探索发展了个案手法、社区手法、任务中心治疗法、家庭治疗法、动机干预模式等多元化多层次的社区戒毒工作方式，"运行五年来，可以说取得了阶段性成果"。[2] 还有云南的 TC 模式、北京的向日葵模式等，这些模式的成功运作都为社区戒毒模式的理论研究和体系规范提供了充分可

[1] 张和清：《中国传统文化价值观在小组工作中的运用——对云南省昆明市金碧社区"金碧模式"的探讨》，《华东理工大学学报（社会科学版）》2000 年第 4 期。

[2] 范志海、吕伟、余金喜：《社区戒毒康复模式的初步探索——以上海禁毒社会工作为例》，《中国药物依赖性杂志》2009 年第 2 期。

借鉴的经验。

我国现有社区戒毒主要根据社区自身特点安排戒毒流程。比如，上海市“浦东模式”是将戒毒流程分为找案—案主分类—建立基本信任关系—挖掘整合社区资源协助案主解决实际问题—针对不同类型案主运用不同专业社会工作模式—探索专业戒毒康复手法等环节。[1] 但无论有什么不同，戒毒通常必经“收治—脱毒—康复—再社会化—跟踪回访”五个阶段。其中脱毒、康复和再社会化是三个治疗阶段，属于社区戒毒工作的主体部分。

（1）收治阶段

收治是指社区戒毒组织，根据有关的法律规定，将符合社区戒毒条件的吸毒人员纳入社区戒毒范围的活动。在收治阶段，首先要根据《禁毒法》确定吸毒人员是否符合收治条件。如果符合则予以收治，同时进一步对吸毒人员进行个案分析管理，即根据吸毒人员的具体情况制订与其相适应的戒毒方案，并制作和签订社区戒毒协议。此时，社区戒毒关系成立，应及时建立吸毒人员的戒毒档案，并对吸毒人员进行戒毒治疗开始前的“入矫教育”。

（2）脱毒阶段

脱毒主要是对那些吸食毒品、对毒品有依赖性和耐受性的人员进行生理和心理脱毒的活动。脱毒阶段首先是对吸毒人员进行生理脱毒，如果是有吸毒行为但成瘾并不严重的人员，可以使用“干戒”法进行脱毒，干戒通常需要两个星期时间；对那些成瘾比较严重的人员，可适用替代性药物治疗（例如美沙酮疗法），但是应注意替代性药物的递减使用和避免替代性药物成瘾。在进行生理脱毒期间和生理脱毒之后，被治疗人还须接受心理脱毒治疗，这一活动通常是在专业心理医生指导下进行。戒断症状的心理治疗，通常采取“一对一”的心理医师治疗，家庭关怀治疗、同伴教育治疗等具体做法，帮助吸毒人员祛除心瘾。

在脱毒阶段，要注意对吸毒人员的定期和不定期检测，以便及时掌握吸毒人员的脱毒治疗效果。在脱毒工作完成时，还应当对吸毒人员的脱毒情

[1] 范志海：《社区戒毒康复模式研究——以上海市浦东新区为例》，《上海市社会科学界第四届学术年会文集》，《2006 年度政治 · 法律 · 社会学科卷》，第 323 页。

况进行评定，确定已成功脱毒后，再进入下一阶段。[1]

（3）康复阶段

康复指对已完成脱毒治疗的吸毒人员进行身心巩固治疗，使之恢复正常机能的活动。康复阶段的重点在于恢复吸毒人员身心健康，巩固脱毒治疗的成果，因此应继续坚持对吸毒人员的检测工作。在此基础上，开展吸毒人员之间、吸毒人员和其他社区居民之间的各种文娱活动。同时也可在自愿前提下，组织吸毒人员在社区内进行一些公益活动，增加吸毒人员与社区的联系和互动。这样既可帮助吸毒人员进行身心锻炼，也有利于吸毒人员的再社会化训练。除此之外，还应继续进行心理巩固治疗和同伴教育治疗，帮助吸毒人员坚定戒毒不复吸的决心。

康复工作完成后也应对吸毒人员的康复情况进行评定。发现有复吸或其他违反社区戒毒协议的情况，应该按照《禁毒法》有关规定处理，若康复治疗成功，则进入下一个阶段。

（4）再社会化阶段

再社会化是指帮助康复后的吸毒人员重建符合社会规范的正确的价值观和行为模式的活动。再社会化训练包括了通过同伴教育小组开展阅读、音乐的活动，利用社区积极向上的文化氛围对吸毒人员进行文化素质、法制教育和公民道德教育。对于因长期吸毒而缺乏社交技能的人员，可进行情景模拟式的社交技能训练。再社会化训练中还应包括提供职业技能培训和就业指导训练，这部分训练可以依托合作工厂、企业、公司等平台进行，有计划地让吸毒人员参加合作单位的工作，并支付其一定报酬，让吸毒人员感受自食其力的有规律的生活，帮助吸毒人员获得回归社会后的基本生活能力（职业技能的培训也是再社会化阶段中非常重要的部分）。

再社会化训练后，仍需对吸毒人员进行治疗效果评定。此时的评定包

---

[1] 戒毒效果评估是贯穿整个社区戒毒工作的重要部分。由于真实的戒毒效果往往容易被吸毒人员隐藏，以往的问卷调查评估方式根本无法获得真实准确的结果，严重影响了戒毒工作的实际效果，同时也是复吸率高居不下的原因之一。针对这一难题，浙江省率先研发了“三期四段五步”的量化诊断效果评估系统，采用动态试验和科学技术进行评估，取得了很好的效果，值得借鉴。参见《戒毒效果如何评估？“浙江实验”创鲜活样本》，http://news.sina.com.cn/o/2009-09-02/085716226832s.shtml。访问时间：2011年3月20日。

括：确认吸毒人员是否已成功脱毒并且身心恢复健康；确认吸毒人员是否再社会化治疗成功，能否回归社会。若评定为可以回归社会，则应与吸毒人员约定社区戒毒的治疗阶段结束。

（5）跟踪回访阶段

跟踪回访指对完成治疗阶段已返回社会的吸毒人员，在一定期限内进行定期联系回访的活动。跟踪回访的内容包括了解吸毒人员回归社会后的生活工作情况，有无存在困难需要帮助的，吸毒人员所在社区对其回归后的行为评价，特别要了解吸毒人员是否存在复吸、与其他吸毒同伴交往情形以及与曾有涉毒犯罪前科人员的交往情况。

通过一定期限的回访，若发现吸毒人员复吸或者接触毒品的情况，应根据法律规定和现实需要及时制订和调整原有方案。若确认吸毒人员已顺利回归社会，重新开始正常的社会生活后，跟踪回访则告结束，并与吸毒人员确定终止戒毒协议，整个社区戒毒工作也宣告结束。

（二）社区戒毒管理体制

1.社区戒毒的管理机构

《禁毒法》中“社区戒毒”的概念并不是戒毒专业上理解的“TC社区戒毒”，而是一种类似于“自愿戒毒”的新模式。这是一个极具中国特色的法律概念，推行这种“社区戒毒”理念的目的是充分发挥我国街道（乡镇）居委会对吸毒成瘾者管理的效应，整合戒毒工作的各种社会资源。《禁毒法》中明确规定，“禁毒工作实行政府统一领导，有关部门各负其责，社会广泛参与的工作机制”，“国家鼓励志愿人员参与禁毒宣传教育和戒毒社会服务工作”，“城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门应当对社区戒毒工作提供指导和协助”。

社区戒毒并不是简单的戒毒方式、方法的改变，而是对传统强制性戒毒理念的变革。它的运行原理建立在系统论或整体论的基础上。因而从宏观层面的工作指导思想到微观层面的具体操作方式看，社区戒毒是一项系统性工程。正是如此，社区戒毒机制的运行涉及各级人民政府、公安机关、司法行政机关、医疗卫生部门及街道办事处等职能部门的通力合作和协调运行。

按照相关法律及政策要求，相关成员单位的具体职责是：

（1）区（县）、街道办事处（乡镇）人民政府职责：①组建社区戒毒工作组织机构，制定社区戒毒工作制度，根据自身实际情况聘用社区戒毒专职工作人员，为社区戒毒工作提供必要的财政保障；②指派有关基层组织负责落实社区戒毒措施；③广泛开展宣传教育，筑牢社区戒毒工作的群众基础；④积极探索建立集生理脱毒、身心康复和重返社会于一体的戒毒工作模式；⑤鼓励社会力量以各种形式参与社区戒毒工作。

（2）公安机关工作职责：①负责对吸毒人员进行检测和登记，网上动态管控数据维护；②责令吸毒成瘾人员接受社区戒毒和决定强制隔离戒毒，责令解除强制隔离戒毒人员接受社区康复；③参与社区戒毒人员的日常管理；④开展强制隔离戒毒和场所康复工作。

（3）卫生局工作职责：①组织社区医生参加社区戒毒监护小组；②安排社区医生及时为社区戒毒人员进行身体健康检查，建立档卡和有关台账，掌握健康状况、患病情况；③对患病的社区戒毒人员进行力所能及的治疗，对患有严重疾病或传染性疾病的吸毒人员，及时报告上级卫生部门，采取应对措施；④大力宣传、动员和组织社区戒毒人员进行社区药物维持治疗，以及到有资质的医疗机构进行戒毒治疗，并将情况及时向公安等部门通报；⑤对社区戒毒人员进行有针对性的生理、心理治疗和身体康复训练；⑥配合公安机关对社区戒毒人员进行尿检，鉴定其脱瘾程度。

（4）民政局工作职责：①积极参加禁毒委组织的宣传活动，宣传民政局相关政策，努力减少社会面对吸毒人员的歧视；②将符合社会救济条件、家庭人均收入低于当地最低生活保障标准的社区戒毒人员及其家属纳入低保；③按规定向社区戒毒人员提供生活救助。

（5）教育局工作职责：①教育社区戒毒人员的学生子女积极配合社区戒毒监护小组的工作，帮助其家长脱毒；②确保社区戒毒人员的学生子女不受歧视，并对其入学教育提供便利。

（6）司法局工作职责：①做好刑释解教吸毒人员的接茬转介工作，确保符合社区康复条件的人员及时纳入社区康复，防止失管失控；②积极参与社区戒毒工作。

（7）劳动和社会保障部门工作职责：①将符合公益性岗位补贴的社区

戒毒人员纳入公益性岗位管理，提供公益性岗位补贴资金；②组织有培训需求的社区戒毒人员进行必要的劳动技能培训，使之具有一定的劳动技能；③将符合社会保障条件的社区戒毒人员纳入社会保障范畴。

(8)工会、妇联、共青团职责：①利用各自渠道和优势积极组织开展社区戒毒工作，做好宣传教育活动；②组织禁毒自愿者参与社区戒毒工作，承担监护职责。

(9)社区戒毒工作小组职责：与社区戒毒人员签订《社区戒毒协议书》，对社区戒毒人员实施监护管理，有针对性地具体落实社区戒毒措施。

《禁毒法》明确规定，禁毒工作实行政府统一领导，有关部门各负其责，社会广泛参与的工作机制。城市街道办事处、乡镇人民政府具体负责社区戒毒工作。公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门要对社区戒毒工作提供指导和协助。

在当前，我国社会的各种资源主要由政府控制，所以要开展社区戒毒工作没有政府的支持是无法良好运行的。《禁毒法》以法律形式把社区戒毒工作纳入了政府工作中。在政府的发动和指导下开展社区戒毒工作，效率高、动员迅速，政治和行政网络的资源可以充分利用，但是也会把行政命令的方法带到社区里，使社区戒毒变成简单的行政安排，影响社区参与戒毒的广度和深度，令其流于形式。[1] 这是与展开社区戒毒的初衷相违背的。换言之，只有政府及各部门准确定位自身的角色作用，地方政府调动和协调各方面的力量，落实政策部署和物质支持，同时在具体实施中落实公安、司法、卫生、民政、社保部门及人员等责任，才能在社区管理单元中形成一个各司其职的大管理服务网络。

2.社会工作者、民间团体进入戒毒领域的必要性

当前的试点中，以街道(乡镇)为基本操作单元，以戒毒专干、社区片警、社区戒毒志愿者、司法所助理员为主体的社区戒毒工作者队伍，承担了保证社区戒毒机制运用的重任。但由于诸多原因，这支队伍中公安和司法所工作人员缺乏从事社区戒毒工作所必需的专业素质以及必要的工作热

---

[1] 钱宁：《社区戒毒的控制与支持网络——昆明市创建无毒社区活动研究》，《华东理工大学学报》(社会科学版)2002年第1期。

情。这支队伍中实际缺乏社会工作者的存在,目前社会工作者只是介入对假释、管制、缓刑和监外执行人员的社区矫正,没有进入戒毒领域,这显然不正常。社会工作者从事社区服务之时介入社区戒毒是当然之责,因而法律应当对其授权。

与此同时,社区戒毒必然对社会工作者的素质提出更高的要求:(1)他们须有基本专业知识,应当对戒毒治疗原理、教育学、心理学以及一定时期的戒毒政策有一定的了解和把握。(2)他们要有一定的职业技能,具有良好的沟通和协作能力。(3)要有良好的职业素养,热爱社区事业、有责任心、有爱心。

此外,非政府非营利组织进入戒毒领域也具有必要性。

社区戒毒是以社区为主体的戒毒方式,需要更多地依赖社会的力量进行运作,从某种程度上说,社会支持系统的发育状况决定了社区戒毒的广度和深度。

在推动戒毒力量的社会化方面,除了继续依靠志愿者、工会、妇联外,还应注意吸收各类非政府组织的介入。西方学者的研究表明,民间社会的发达是社会保持稳定和维持良好的社会秩序的重要保证。尤其在现代社会中,非政府组织的自我组织、自我协调不但对公共领域是非常重要的,而且对国家权力合理化亦有好处。在社区戒毒的开展中,非政府组织的参与有很大空间。例如,在社区矫正中,上海成立了专门的民间社团组织——新航社区服务总站,按照"政府主导推动,社团自主运行,社会多方参与"的运作模式参与社区矫正。

(三)社区戒毒协议

我国《禁毒法》第三十四条明确规定,"城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。城市街道办事处、乡镇人民政府可以指定有关基层组织,根据戒毒人员本人和家庭情况,与戒毒人员签订社区戒毒协议,落实有针对性的社区戒毒措施"。

社区戒毒协议是指由城市街道办事处、乡镇人民政府指定的有关基层组织与社区戒毒人员,为落实有针对性的社区戒毒措施,根据社区戒毒人员本人和家庭情况签订的,规定双方在社区戒毒过程中各自承担的责任、履行的义务的行政性合同。社区戒毒协议是《禁毒法》新规定的一种保障社区

戒毒实施的基础性措施。这种由强制性戒毒制度为主导的戒毒体制向社区戒毒制度为主导的戒毒体制的转变，意味着国家职能履行中具体实施方式将随之发生改变。其中一个典型的变化是，社区戒毒的基础是社区戒毒协议，社区戒毒人员和治疗督导部门人员的一切行为均是围绕着社区戒毒协议展开。因此，如何从法律属性上看待这类协议便成为一切问题的关键。社区戒毒协议因其具有的内在合意性和外在格式性，应当视之为行政合同，它是游离在强制性行政行为与民事契约之间的一种特殊行政行为形态。[1]

1.社区戒毒协议的性质

(1)自愿性

社区戒毒协议的形成是在相关行政机关、社区组织和戒毒人员之间事先的磋商与交换意见过程中形成的。根据禁毒法的相关规定以及社区戒毒的相应实践工作，社区戒毒协议尽管已经由公安机关先行拟订，但相对人对于接受或不接受该协议，完全有选择的自由，公安机关也不具有法律上强制对方必须接受的手段，他们之间在“签与不签”上并没有形成所谓的权力性支配关系，也就是行政法上的命令与服从关系。该协议的签订，实际上很大程度上是“要么接受、要么放弃”，相对人在其中拥有相对的自由和最终的决定权。尽管如果吸毒成瘾人员不签协议，即拒绝接受社区戒毒，公安机关可直接采取强制隔离戒毒，但我们不可否认这一活动过程中所存在的一定程度的自愿性。

(2)合意一致性

社区戒毒协议合意之一致性集中体现在戒毒人员戒除毒瘾的意愿与禁毒作为政府相关部门的职责二者的契合性。在社区戒毒实践中，吸毒成瘾人员与相关部门达成的社区戒毒协议，虽受到协议条款所附加义务的约束，但立足于戒除毒瘾的初衷，他们依然在社区戒毒协议上签字，根本原因在于这是基于整体有利于自己的选择。从公安机关与戒毒人员之间为维护社会治安和社会秩序而建立的互动互助的共栖关系看，社区戒毒协议的合意的形成恰是通过提供公共服务换取相对人义务的结果。

---

[1] 曾文远:《论社区戒毒协议——简论行政合同在警察法领域中的理念革命》,《2009 年全国药物滥用防治研讨会文集》,第 71 页。

(3)社区戒毒协议具有相对法律约束力

在签署社区戒毒协议之后,协议的双方都应该按照协议要求规范各自在社区戒毒过程中的行为,违反协议的行为将承担相应的法律责任。

(4)社区戒毒协议拥有合法形式

社区戒毒协议都是采取签订合同或协议的方式,由双方在上面签字盖章。这样的外观或形式,也是法院在行政审判中判断一种形态是行政合同抑或强制性行政行为的重要标准。社区戒毒协议是社区戒毒的必备文件,也是针对该签署协议的吸毒人员进行社区戒毒正式开始的标志,针对具体的戒毒人员的戒毒工作内容以及方式都应按照其签署的协议进行。

2.社区戒毒协议的具体内容

(1)协议主体

从我国《禁毒法》的规定及社区戒毒实践来看,社区戒毒协议的主体一方是符合社区戒毒条件的吸毒人员,另一方是城市街道办事处、乡镇人民政府或者由其指定的有关基层组织。

社区戒毒人员,其中主要包括:因吸毒被公安机关初次查获,有固定住所和稳定的生活来源,具备家庭监护条件的自然人;怀孕或者正在哺乳自己不满 1 周岁婴儿的妇女;不满 16 周岁的未成年人;70 周岁以上的老年人;因患有严重疾病或者残疾、生活不能自理的病人;其他不适宜强制隔离戒毒的吸毒成瘾人员。公安机关可以责令其接受社区戒毒并与之签订社区戒毒协议,对于被解除强制隔离戒毒的人员,强制隔离戒毒的决定机关可以责令其接受社区康复,社区康复参照社区戒毒的规定执行。

(2)双方的职责与义务

签订社区戒毒协议的基本目的即是明确双方在社区戒毒过程中的权责归属关系,规范双方行为,以促成戒毒目的的实现,因此主体双方职责与义务是协议的核心部分。社区戒毒工作小组的职责目的在于确保戒毒措施的实现和保障吸毒人员的合法权利;工作小组的义务是保证戒毒人员接受具体戒毒措施实现的方式。

①社区戒毒工作小组的主要职责

第一,社区戒毒工作小组制定并与社区戒毒人员签订《社区戒毒协议书》,其工作小组各成员根据协议和各自工作职责,分工负责、密切配合,有

针对性地具体落实社区戒毒措施。

第二,对社区戒毒人员实施监护管理。社区戒毒工作小组可委托戒毒人员的亲属(或监护人)负责对其日常生活、戒毒治疗的监护,无亲属(监护人)的,指定社区戒毒工作小组中的一人具体负责,联系社区戒毒人员所在单位(服务处所)或学校积极为其日常工作、学习予以支持。

第三,定期与社区戒毒人员会见,了解其在戒毒治疗、身体康复、家庭生活、就业工作以及学习培训等各方面的情况,并给予其在生理脱毒、心理康复、行为矫正等方面的辅导和法律知识的学习指导。

第四,对无业和无劳动技能的社区戒毒人员,积极联系有关部门进行职业技能培训,帮助其解决就业问题,并鼓励其自谋生路。

第五,对生活困难且符合低保条件的社区戒毒人员,积极协调有关部门将其纳入最低生活保障范围,保障其基本生活。

第六,保护社区戒毒人员的人格尊严及其隐私权等相关权利。

第七,发现社区戒毒人员出现急性戒断症状或其他疾病危及生命的,可以协助本人或者亲属将其送往卫生部门指定的医疗机构进行救治。

第八,按照公安机关《吸毒人员检测工作制度》的规定,督促社区戒毒人员定期到公安机关接受检测。

第九,对短期外出提出请假或者申请参加戒毒药物维持治疗的,视情给予批准。对需要变更戒毒地点的,应当及时向执行地城市街道办事处、乡镇人民政府报告。

第十,对违反社区戒毒协议规定的行为进行告诫,对严重违反社区戒毒协议或吸食、注射毒品的,向作出社区戒毒决定的公安机关报告。

第十一,依据社区戒毒人员历次检测结果和是否违反《社区戒毒协议》等实际表现情况,定期进行一次小结和效果评估。社区戒毒期满,依据历次评估结果,提出解除社区戒毒具体意见,报所属街道办事处或乡镇人民政府。

第十二,帮助戒毒人员戒除毒瘾、回归社会的其他措施。在社区开展戒毒康复工作,还面临建立戒毒人员和康复人员档案的问题。一是要对社区的高危人群定期调查,将排摸社区新滋生吸毒人员作为工作重点,发现异常情况及时处理。二是要掌握被帮教戒毒人员的社会交往、家庭等情况,建立

健全他们的档案信息资料，形成详尽的个人档案。在此基础上，将戒毒帮教对象分为重点对象、一般对象和放心对象，指导社工因人而异落实帮教措施。

②社区戒毒人员的义务

第一，遵守法律法规，自觉履行社区戒毒协议，接受社区戒毒工作小组监督。

第二，定期向社区戒毒工作小组报告戒毒情况。社区戒毒过程中，应当主动定期报告与戒毒有关的相应情况。

第三，戒毒过程中出现急性戒断症状的，应当主动到卫生部门指定的戒毒医疗机构接受脱毒治疗或者请求社区戒毒工作小组协助。

第四，自觉服从和配合社区戒毒工作小组的管理，按工作小组的规定定时主动向工作小组如实报告戒毒情况。

第五，按照《禁毒法》规定，在规定时间内主动接受检测，并随时接受抽检。

第六，短期离开社区戒毒地点的，应当提前就离开事由、时间、随行人员等情况向社区戒毒工作小组提出申请，经批准后方可离开，并及时销假。

第七，确需变更社区戒毒执行地点的，应当提前就变更事由、新执行地详细地址及亲属（监护人）意见等情况向社区戒毒工作小组提出申请，经执行地城市街道办事处、乡镇人民政府同意后方可到新执行地执行。

（3）社区戒毒期限

完整的戒毒治疗过程一般需要经过 3 至 5 年的时间。我国《禁毒法》规定社区戒毒期限为三年，即是为了保证吸毒人员在最初的生理脱毒后，后期的康复治疗和回归社会都可以在社会中由帮教人员进行监控救治，包括吸毒人员的尿样检测、心理调适、就业培训等。在社区戒毒协议中应载明社区戒毒的起止时间，社区戒毒的时间应从协议签订之日起计算。

（四）违反戒毒协议行为的处理

1.社区戒毒人员违反协议的后果

《禁毒法》第三十五条规定："接受社区戒毒的戒毒人员应当遵守法律、法规，自觉履行社区戒毒协议，并根据公安机关的要求，定期接受检测。对违反社区戒毒协议的戒毒人员，参与社区戒毒的工作人员应当进行批评、教

育;对严重违反社区戒毒协议或者在社区戒毒期间又吸食、注射毒品的,应当及时向公安机关报告。”第三十八条规定:“吸毒成瘾人员有下列情形之一的,由县级以上人民政府公安机关作出强制隔离戒毒的规定:(一)拒绝接受社区戒毒的;(二)在社区戒毒期间吸食、注射毒品的;(三)严重违反社区戒毒协议的;(四)经社区戒毒、强制隔离戒毒后再次吸食、注射毒品的……”这些条款规定了社区戒毒人员在社区戒毒期间的基本义务,以及相应的法律后果。

2.社区管理机构及人员违反协议的结果

社区戒毒涉及公安、司法、财政、卫生、民政、劳动和社会保障、教育文化等部门,这些部门应依照各地社区戒毒具体工作办法各自履行自己的职责。若相关部门在具体的社区戒毒工作中玩忽职守、消极怠工,违反了社区戒毒协议中其应履行的相关义务以至于影响到社区戒毒人员的戒毒效果,由社区戒毒指导委员办公室下达督促整改通知书,拒不整改的进行责任追究,依法对相关责任人进行行政处分[1]。

若社区工作者出现违反社区戒毒的行为时,必要时可予辞退。

二、医疗戒毒

吸毒成瘾者要彻底戒断毒瘾重返社会是一个十分艰难而痛苦的过程,它既需要戒毒者本人的不懈努力,更需要政府的综合治理和社会各界的关爱与帮助。戒毒是禁毒事业中一项最为艰巨和复杂的系统工程。

戒毒治疗并非仅仅着眼于身体症状方面,而是从吸毒成瘾的机制出发,给予生物—心理—社会模式的全面考虑。戒毒工作一般包括三个阶段:生理脱毒、心理脱瘾、回归社会。生理脱毒阶段解决的是生理依赖问题。心理脱瘾阶段主要是巩固生理依赖的治疗效果,康复机体,治疗心理依赖,抗复吸。回归社会阶段主要是为在戒毒治疗机构结束治疗后,将要回归社会的戒毒者设置的。对于回归社会的戒毒者,要建立一个监督、扶持、帮教系统给予后续照管,以便对戒毒者提供心理、专业或职业辅导以及其他方面的支

[1] 鲁仲平、刘丽敏、姜绍伟:《社区戒毒及社区康复的规范化管理》,《中国药物滥用防治杂志》2010年第16卷第2期。

持和帮助,使他们能够作为一个正常人适应并融于正常的社会生活之中。

（一）医疗戒毒的含义、特点

在“生物—心理—社会”的综合戒毒模式中,医疗戒毒主要运用于生理脱毒阶段的脱毒治疗和心理康复阶段的抗复吸治疗。

现代医学认为,吸毒会导致大脑形成代谢性功能障碍,吸毒是一种极易复发的慢性脑病。人类社会至今也没有找到可以治疗心理毒瘾和精神依赖的有效药物,而吸毒者完成生理脱毒后短期内复吸的问题一直是困扰国际社会的最大难题。因此,吸毒问题在当今社会不是一个依靠医药科技解决的问题,而是一个必须依靠多学科进行综合治理的社会问题。如何帮助戒毒者重返社会,是禁毒工作中最艰巨的一项系统工程。戒毒工作需要采用医学、心理、社会等综合措施,需要全社会的参与。

在目前的科学技术和社会条件下,戒毒的手段和方法主要有:医疗戒毒治疗、心理治疗、行为干预、社区康复等。虽然不能仅靠医学方法来解决毒品依赖问题,但医疗戒毒在整个戒毒工作中却起着重要的、关键的作用,它是戒毒工作的重要基础。医疗戒毒是对吸毒人员采取相应的医疗、护理、康复等医学措施,帮助病人减轻毒品依赖、促进其身心康复的活动。医疗戒毒的治疗对象是吸毒成瘾的病人,目的是帮助病人解除对毒品的生理依赖,恢复被毒品损害的机体,并使病人从生理和心理上得到康复。

与其他各种方法相比,医疗戒毒具有如下特点:

1.医疗戒毒是运用治疗药物和医疗技术的手段对吸毒成瘾人员进行治疗,具有较强的技术性和专业性。

2.医疗戒毒治疗的主要目的是帮助病人解除对毒品的生理依赖,减轻吸毒者在生理脱毒过程中戒断症状发作时的痛苦;其次是在吸毒人员生理脱毒之后的巩固疗效、淡化心瘾期间发挥抗复吸治疗的作用,此种治疗目的只能依靠医学手段来实现,非其他方法能够取代,具有较强的独特性。

3.由于医疗戒毒具有较强的专业性,因此必须在有条件、有资质的特定的医疗专业场所方可开展治疗工作,治疗实施者也必须是具有专业资质的医务人员。根据有关法律法规规定,任何组织、单位和个人,未经省级卫生行政部门批准取得戒毒医疗服务资质,不得开展戒毒医疗服务。

4.医疗戒毒治疗方法直接作用于吸毒者的机体,对治疗者具有药物和

医疗治疗的效果;而其他方法则是通过对吸毒者心理和行为产生影响来达到干预的目的,并不直接对吸毒者机体产生接触和作用。

(二)医疗戒毒的实施

医疗戒毒的实施涉及戒毒医疗机构的设置和管理、医疗卫生服务人员的管理、医疗戒毒实施内容和实施方法的管理、实施过程的管理。

1.医疗戒毒机构资质的认定与登记

戒毒医疗机构,是指经省级人民政府卫生行政部门批准从事戒毒医疗服务的戒毒医院或设有戒毒治疗科的其他医疗机构。

(1)医疗机构申请开展戒毒医疗服务,必须同时具备下列条件:

①具有独立承担民事责任的能力。

②符合《戒毒医院基本标准(试行)》或《医疗机构戒毒治疗科基本标准(试行)》规定。

③省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

《戒毒医院基本标准(试行)》和《医疗机构戒毒治疗科基本标准(试行)》由国务院卫生行政部门另行制定。

(2)申请设置戒毒医院的,应当按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》及本办法的有关规定报省级卫生行政部门批准。其他医疗机构开展戒毒医疗服务的,经执业登记机关审核同意后逐级报省级卫生行政部门批准。

(3)省级卫生行政部门应当根据本地区戒毒医疗机构设置规划及有关规定进行审查,自受理申请之日起30日内,作出批准或不予批准的决定,并书面告知申请者。省级卫生行政部门应当及时将批准的戒毒医疗机构信息通报同级公安机关。

(4)省级卫生行政部门批准开展戒毒医疗服务的,由设区的市级以上地方卫生行政部门在《医疗机构执业许可证》副本备注栏中进行"戒毒医疗服务"项目登记。执业登记的具体管理权限由省级卫生行政部门确定。

医疗机构取得戒毒医疗服务资质后方可开展戒毒医疗服务。

(5)个人不得自行开展戒毒医疗服务,若医务人员自行开展戒毒医疗服务的,将由卫生部门责令停止违法医疗活动,没收违法所得和使用的药品、医疗器械等物品;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

2.医疗戒毒执业人员资格

（1）医疗机构开展戒毒医疗服务应当按照《戒毒医院基本标准（试行）》和《医疗机构戒毒治疗科基本标准（试行）》规定，根据床位及戒毒医疗服务需要配备相应数量的医师、护士，临床药学、医技、心理卫生等专业技术人员和保安、工勤人员。

（2）从事戒毒医疗服务的医师应当符合下列条件：

①具有执业医师资格并经注册取得《医师执业证书》，执业范围为精神卫生专业；

②现阶段正在从事戒毒医疗服务，执业范围为精神卫生专业以外专业的医师，其从事戒毒医疗服务不应少于3年，并经省级以上卫生行政部门（含省级）指定的机构脱产培训3个月以上，考核合格；

③省级卫生行政部门规定的其他条件。

（3）使用麻醉药品和第一类精神药品治疗的医师应当取得麻醉药品和第一类精神药品处方权。

（4）从事戒毒医疗服务的护士应当符合下列条件：

①具有护士执业资格并经执业注册取得《护士执业证书》；

②经过省级以上卫生行政部门指定的机构脱产培训3个月以上并考核合格；

③省级卫生行政部门规定的其他条件。

（5）医疗机构开展戒毒医疗服务至少应当有1名药学人员具有主管药师以上专业技术职务任职资格，并经过省级以上卫生行政部门指定机构的培训并考核合格。

（6）医疗机构开展戒毒医疗服务至少应当有1名药学人员取得麻醉药品和第一类精神药品的调剂权。

（7）医疗机构开展戒毒医疗服务应当有专职的麻醉药品和第一类精神药品管理人员。

（8）医疗机构开展戒毒医疗服务应当配备具有合法上岗资质的保安人员，戒毒病区每个班次至少配备1名保安人员。

3.医疗戒毒执业规则

（1）医务人员应当在具有戒毒医疗服务资质的医疗机构开展戒毒医疗

服务。

(2)医疗机构及其医务人员开展戒毒医疗服务应当遵循与戒毒有关的法律、法规、规章、诊疗指南或技术操作规范。

(3)设有戒毒治疗科的医疗机构应当将戒毒医疗服务纳入医院统一管理,包括财务管理、医疗质量管理、药品管理等。

(4)医疗机构开展戒毒医疗服务应当根据业务特点制定管理规章制度,加强对医务人员的管理,不断提高诊疗水平,保证医疗质量和医疗安全,维护医患双方的合法权益。

(5)医疗机构开展戒毒医疗服务应当采用科学、合理、规范的诊疗技术和方法,并符合卫生部《医疗技术临床应用管理办法》的有关规定。

(6)用于戒毒治疗的药物和医疗器械应当取得国家食品药品监督管理局的批准文号。购买和使用麻醉药品及第一类精神药品应当按规定获得"麻醉药品和第一类精神药品购用印鉴卡",并在指定地点购买,不得从非法渠道购买戒毒用麻醉药品和第一类精神药品。

医疗机构开展戒毒医疗服务需要使用医院制剂的,应当符合《药品管理法》和《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关规定。

(7)医疗机构开展戒毒医疗服务应当加强药品管理,严防麻醉药品和精神药品流入非法渠道。

(8)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当对戒毒人员进行必要的身体检查和艾滋病等传染病的检测,按照有关规定开展艾滋病等传染病的预防、咨询、健康教育、报告、转诊等工作。

(9)戒毒人员治疗期间,医疗机构应当不定期对其进行吸毒检测。发现吸食、注射毒品的,应当及时向当地公安机关报告。

(10)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当对戒毒人员采取多种康复措施,包括心理康复、行为矫正、社会功能恢复等,并开展出院后的随访工作。

有条件的医疗机构可以提供门诊戒毒医疗服务。

(11)戒毒人员在接受戒毒治疗期间有下列情形之一的,医疗机构可以对其终止戒毒治疗:

①不遵守医疗机构的管理制度,严重影响医疗机构正常工作和诊疗秩序的;

②无正当理由不接受规范治疗或者不服从医务人员合理的戒毒治疗安排的；

③发现存在严重并发症或者其他疾病不适宜继续接受戒毒治疗的；

④省级卫生行政部门规定的其他不适宜继续接受戒毒治疗的情形。

(12)戒毒人员与开展戒毒医疗服务的医疗机构及其医务人员发生医疗事故争议的，按照《医疗事故处理条例》的有关规定处理。

(13)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当定期对医务人员进行艾滋病等传染病的职业暴露防护培训，并采取有效防护措施。

(14)戒毒医疗服务不得以营利为目的。戒毒医疗服务使用的药品、医疗器械和治疗方法不得做广告。戒毒医疗服务收费应当按照省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同卫生行政部门制定的收费标准执行。

(15)戒毒诊疗新技术、新方法的临床试验，应当按照国家有关规定进行审批。获得审批的临床试验研究项目，不得作为临床诊疗项目向戒毒人员提供，不得收取相关费用。

(16)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当根据卫生行政部门的安排，对社区戒毒和康复工作提供技术指导或者协助。

4.医疗戒毒实施内容和实施方法

根据吸毒者滥用毒品的种类，医疗戒毒治疗分为阿片类毒品依赖治疗和苯丙胺类毒品依赖治疗；根据戒毒治疗实施的不同阶段和不同目的，医疗戒毒治疗分为生理脱毒治疗和抗复吸治疗。

(1)阿片类药物依赖诊断治疗

阿片类药物包括天然类如鸦片、吗啡(阿片中的生物碱)、海洛因(吗啡的衍生物)以及人工合成类如美沙酮、杜冷丁等。阿片类药物具有镇痛、止咳、止泻、麻醉等药理作用，同时也具有较强的成瘾性和耐受性，滥用后易产生依赖。

1)临床表现

①戒断症状

滥用阿片类药物的种类、剂量、时间、途径、停药速度不同，戒断症状的严重程度也不一致。短效药物如吗啡、海洛因一般在停药后8—12小时开始出现戒断症状，48—72小时达到高峰，持续7—10天。长效药物如美沙

酮一般在停药后1—3天出现戒断症状,可持续2周左右。

典型的戒断症状分为两大类:

第一,客观体征

如血压升高、脉搏加快、体温升高、立毛肌收缩、瞳孔扩大、流涕、震颤、腹泻、呕吐、失眠等。

第二,主观症状

如肌肉骨骼疼痛、腹痛、食欲差、无力、疲乏、不安、喷嚏、发冷、发热、渴求药物等。

②急性中毒症状

在大剂量滥用阿片类药物后,出现精神运动性抑制,言语不清、昏睡甚至昏迷;体征有针尖样瞳孔(深昏迷时也可能由于缺氧瞳孔扩大)、呼吸抑制、肺水肿、心率减慢、心律失常等。

③其他症状

可出现精神障碍,如人格障碍、情绪障碍和精神病性症状等。存在不同程度的社会功能损害,表现为工作学习困难、逃学、不负责任和不履行家庭责任等。

2)诊断

诊断参照ICD-10阿片类药物依赖诊断标准:

①对阿片类药物有强烈的渴求及强迫性觅药行为。

②对阿片类药物滥用行为的开始、结束及剂量难以控制。

③减少或停止滥用阿片类药物时出现生理戒断症状。

④耐受性增加,必须使用较高剂量药物才能获得原来较低剂量的感受。

⑤因滥用阿片类药物而逐渐丧失原有的兴趣爱好,并影响到家庭和社会关系。

⑥不顾身体损害及社会危害,固执地滥用阿片类药物。

在以往12个月内发生或存在3项以上即可诊断为阿片类药物依赖。除参照以上诊断标准外,诊断时还应注意以下几点:

①末次使用阿片类药物72小时内的尿毒品检测结果。

②病史、滥用药物史及有无与之相关的躯体并发症如病毒性肝炎、结核等,还应注意有无精神障碍、人格障碍等心理社会功能的损害。

③患者的一般情况、生命体征、意识状况、注射痕迹、皮肤瘢痕和感染等。

④性病、艾滋病和病毒性肝炎等传染病的检测结果。

3）治疗

阿片类药物依赖是一种慢性、高复发性疾病，其治疗是一个长期过程。目前对阿片类药物依赖的治疗推荐采用医学、心理、社会等综合措施，包括停止滥用药物、针对戒断症状给予脱毒治疗、针对心理依赖及其他躯体、心理、社会功能损害进行康复和防复吸治疗，最终实现吸毒人员的康复和回归社会。

治疗时应根据滥用药物的种类、剂量、时间、途径、既往戒毒治疗情况等首先确定药物依赖的严重程度，结合吸毒人员的个体情况选择戒毒药物和治疗方法。症状轻者可不使用戒毒药物，仅需对症处理即可。阿片类药物依赖多伴有多药滥用现象，其危害严重，在治疗过程中应多加注意。

①生理脱毒的药物治疗

是指通过治疗减轻由于突然停药导致的躯体戒断症状。由于吸毒人员的特殊性，阿片类药物依赖的脱毒治疗应在管理严格的封闭环境中进行。脱毒治疗可分为替代治疗与非替代治疗，两者可以结合使用。对于戒断症状较轻、合作较好的吸毒人员可单独使用非替代治疗。

生理脱毒治疗的具体内容详见本章第三部分强制隔离戒毒中的“生理脱毒部分”。

②生理脱毒的非药物治疗

近年来，有关方面对用各种非药物戒毒治疗方法进行了很多尝试和努力。在这些方法中比较突出和成功的是针灸治疗法。

针灸用于治疗疾病是我国独创的一种医疗方法，是中医学中最主要的非药物治疗手段，已经有几千年的历史。临床上许多疾病，尤其是对一些神经系统疾病，针灸具有卓越的疗效。随着医学的进步，针灸开拓了新的治疗领域，如用于戒毒治疗。

针刺能使人体的脑啡肽系统被激活，促使大脑的阿片肽释放增加，因而对于脑啡肽分泌不足的海洛因依赖者来说，具有很好的减轻戒断症状的脱毒治疗作用。不仅如此，针灸治疗还可应用于脱毒后的失眠、焦虑、疼痛等

稽延性戒断症状期的康复治疗,并进一步长期用于巩固性预防复吸治疗。

北京大学神经科学研究所所长、中国科学院院士韩济生教授运用针灸学原理研究出了韩氏戒毒仪。这种仪器用电击模仿针刺,在穴位上施加高度程序化的电刺激进行治疗,在戒毒治疗的运用中取得了良好的效果。

针灸戒毒治疗具有简便、容易操作、疗效肯定、无痛苦、副作用低、费用低廉等优点,值得大力推广。但此法不是对所有人都能产生疗效,具有一定的局限性,更深层次的治疗和开发价值还有待于进一步验证。

③阿片类药物滥用急性中毒的治疗

阿片类药物滥用过量会出现典型的中毒三联征:针样瞳孔、呼吸抑制、昏迷。

处理方法有:

a.注射纳络酮拮抗剂;

b.如果是口服过量,洗胃;

c.输氧,保持呼吸通畅;

d.维护心脏及循环功能;

e.对症治疗;

f.救治中很可能诱发戒断症状,可用可乐定或丁丙诺啡给予治疗。

④阿片类药物依赖脱毒治疗过程中的急诊治疗

戒毒治疗过程中出现的急诊情况与滥用过量中毒出现的情况正好相反,往往是出现一些严重的戒断症状需要处理。一般情况下,体弱、有病、年龄较大的戒毒者容易出现一些严重的戒断症状,如心动过速、血压升高、体温升高、不安、易激惹、失眠、打哈欠、惊恐、恶心、呕吐、腹泻等。

处理方法:

一般根据症状产生的原因、症状严重程度来调整戒毒治疗方案,并采取相关的对症治疗措施。对于体弱多病、年龄偏大、吸毒时间长的戒毒者,最好采用阿片类戒毒药进行戒毒治疗。

⑤特殊人群的戒毒治疗

第一,孕妇吸毒的处理

吸毒成瘾者在治疗康复以前不宜怀孕,因为吸毒者怀孕对孕妇本身和腹中胎儿都是十分不利的。妊娠期间,海洛因可以通过胎盘进入婴儿体内,

使婴儿尚未出生就成为吸毒者。况且由于大人体质极差,生产时不是母婴同时夭亡,便是婴儿夭折,即使侥幸存活也容易造成身体缺陷。

吸毒者发现怀孕最好终止妊娠,如果实在要保住胎儿,就采用美沙酮替代疗法。治疗的关键在于美沙酮的剂量,剂量过小控制不了戒断症状,而剂量过大又怕胎儿上瘾。

怀孕期间不宜进行戒毒,否则容易造成胎死腹中。

第二,新生儿戒断综合征的处理

a.如果症状轻,不必用药,只需适当调理。

b.用复方樟脑酊,调节一些程度不太严重的戒断症状。

c.用美沙酮替代递减方法治疗。要注意剂量,根据不同体重制定适合的剂量。

d.用可乐定递减方法治疗,同样要注意适当的剂量。

⑥医疗方法防复吸治疗

医疗方法防复吸治疗药常用纳曲酮。纳曲酮是阿片受体拮抗剂,它与阿片受体的亲和力比吗啡和海洛因都大,可阻断吗啡与阿片受体的结合,长期服用可达到预防阿片类毒品复吸的作用。

第一,适应症

适用于已解除阿片类药物依赖的康复期辅助治疗,以防止或减少复吸。用药前应做好以下准备:

a.阿片类药物依赖者应停止使用阿片类药物 7—10 天以上,如使用美沙酮则停药时间应延长至 2 周以上。

b.尿吗啡检测结果阴性。

c.服药前纳洛酮激发试验阴性。

d.肝功能检查基本正常。

第二,用法与剂量

小剂量开始治疗,一般为 10—20mg/日口服,3—5 天达到维持剂量 50mg/日口服。服药时间一般为 3—6 个月。

第三,不良反应

少数吸毒人员服药后出现恶心、呕吐、胃肠不适、食欲不振、口渴和头晕等症状,也可出现睡眠困难、焦虑、易激动、关节肌肉痛和头痛等。纳曲酮不

良反应的症状与脱毒后稽延性戒断症状相似,应加以鉴别。

第四,注意事项

a.纳曲酮具有肝脏毒性,可引起转氨酶一过性升高,使用前和使用中需检查肝功能,肝功能不全者慎用。如治疗期间出现肝功能异常,应停止使用。

b.未经过脱毒治疗的吸毒人员服用纳曲酮会引起严重的戒断综合征。

c.纳曲酮治疗期间要进行尿吗啡检测,了解吸毒人员治疗依从性。告诫吸毒人员服用纳曲酮期间若滥用阿片类药物,小剂量不会产生欣快感,大剂量则会出现严重中毒症状,甚至昏迷、死亡。

d.纳曲酮治疗期间如需使用镇痛药,应避免使用阿片类镇痛药,以防止降低药效或产生戒断症状。

⑦心理行为治疗

心理行为治疗的具体内容详见本章第三部分强制隔离戒毒中的“心理矫治”。

⑧阿片类物质滥用成瘾药物维持治疗

根据国际流行做法,对于阿片类物质滥用成瘾比较严重并且经过多次戒毒后又反复吸毒者,我国政府从 2003 年 2 月开始试行滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗措施,此法在 2006 年 7 月正式实施并迅速在全国推广。

滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗是指在批准开办戒毒治疗业务的医疗机构中,选用合适的药物,对海洛因成瘾者进行长期维持治疗,以减轻对海洛因的依赖,减少海洛因成瘾引起的疾病、死亡和引发的违法犯罪,使阿片类物质成瘾者回归社会。根据国际社会的经验,滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作目前选用美沙酮作为维持治疗药物。

美沙酮又名美散痛,是人工合成的麻醉性镇痛药。它是由德国化学家在二战期间合成的,由于战时吗啡短缺,美沙酮的合成是为了弥补当时吗啡的不足。美沙酮具有镇痛作用,可用于创伤、癌症及外科手术的止痛治疗,它的欣快感、耐受性、成瘾性及戒断症状等较吗啡轻,药效时间较吗啡长,一般为 12—24 小时。其主要作用为止痛和阿片类药物依赖治疗。

参加社区药物维持治疗的受治者必须符合阿片类物质成瘾者诊断标

准。对于申请参加社区药物维持治疗的阿片类物质成瘾者,必须经体检合格后方可进入维持治疗。有以下情况之一者,不能或暂时不宜接受维持治疗:美沙酮过敏史;支气管哮喘史;急性肝炎或慢性肝炎活动期;严重肝、肾功能损伤及心功能障碍;传染期肺结核;伴有严重精神疾患;因其他疾病住院治疗期间。

对于有上述情况的患者,医务人员要建议其先到医院进行诊治,待其疾病痊愈或病情好转,符合条件后方可考虑接受维持治疗。

第一,个体给药方案

a.首次用药:根据受治者自述的毒品用量和最后 1 次吸毒时间,确定首次用药的时间和剂量。推荐首次用药时间在用阿片类物质 4 小时后,或用美沙酮、丁丙诺啡 24 小时之后;首次剂量为 15—30mg,原则上不超过 40mg,在无法忍受戒断症状的情况下,可在 3 小时之后 24 小时之内再用药 1 次,间隔时间越短者,追加剂量越小,第 1 天总量原则上不超过 50mg。

b.初始阶段:目标为缓解戒断症状,达到耐受水平。以不出现戒断症状和减少不良反应为原则。初始阶段为 1—2 天。

c.调整阶段:目标为确定合适剂量,减轻受治者渴求感。根据受治者情况调整剂量,每 5—10 天调整 5—10 毫克,可达到 60—80mg/d 或更高。调整阶段为 3—10 天。

d.维持阶段:目标为阻断渴求,保持尿检阴性。一般需 60mg/d 左右才能保持。大部分受治者每天用药 1 次即可,少数患者需要分 2 次服药。

第二,辅助治疗

滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗必须同时提供行为干预、心理咨询等治疗。此外,这项工作需要与艾滋病防治咨询和创建无毒社区的帮教工作结合起来。

第三,注意事项

a.用药期间严禁饮酒;

b.严禁合并用苯二氮卓类药物,如安定、三唑仑等;

c.过量处理:出现昏迷和呼吸抑制时可使用纳洛酮,每 2—4 分钟静脉注射 1 次,直到意识和呼吸恢复正常,之后持续给药并观察 24 小时;

d.至少 2 名维持治疗机构工作人员同时监督每个受治者当场服药。

第四,随访

a.维持治疗期间,受治者须每天到维持治疗机构服药,工作人员要记录用药时间、剂量。

b.维持治疗医师每周与受治者谈话1次,了解其过去1周内对阿片类物质的渴求程度、出现的不适感觉、有否吸毒及其次数和用量、是否合并使用其他药品等。

我国从2003年2月开始试行社区药物维持治疗工作至今,此项工作一直在不断扩大和完善。截至2010年年底,全国药物维持治疗工作扩展到27个省(区、市)588个区县的700个门诊及200多个延伸服药点,配备流动服药车28辆,累计治疗病人29万名,在治人数13万名,97%登记吸毒人数达500人以上区县开展了社区药物维持治疗工作,这些工作成效对于巩固戒毒成果、萎缩毒品消费市场、减少毒品社会危害发挥了重要作用。据统计,参加维持治疗一年后,吸毒人员一个月内有注射吸毒行为的比例从高峰期的78%降至7%,全国累计发现艾滋病毒感染者中经吸毒传播的比例从2009年的32.2%降至24.3%。

(2)苯丙胺类兴奋剂滥用及相关障碍的诊断治疗

1)临床表现

①戒断症状

苯丙胺类药物依赖的躯体戒断症状、体征通常不明显,长期、大量滥用苯丙胺类药物后,停止使用数小时至数周可出现用药渴求、焦虑、抑郁、疲乏、失眠或睡眠增多、精神运动性迟滞、激越行为等症状。

②急性中毒

大量滥用苯丙胺类药物可引起血压升高、脉搏加快或减慢、头痛、恶心、呕吐、出汗、口渴、发热、瞳孔扩大、睡眠障碍等,部分滥用者可出现咬牙、共济失调。严重者出现心律失常、惊厥、循环衰竭、出血或凝血功能障碍、昏迷甚至死亡。

③慢性中毒。长期大量滥用苯丙胺类药物可出现体重下降、磨牙动作、口腔黏膜损伤和溃疡、较多躯体不适主诉、肌腱反射亢进、运动困难和步态不稳等,伴有注意力和记忆力等认知功能障碍。

④精神障碍。可在长期滥用药物后逐渐出现,也可在一次滥用后发生,

其症状表现与偏执型精神分裂症相似，应注意鉴别。表现为错觉及幻觉、敏感、多疑、偏执、被害妄想、自伤和伤人等，个别患者出现躁狂样表现。

2）诊断

诊断参照ICD-10苯丙胺类药物依赖诊断标准：

①具有非医疗目的滥用苯丙胺类药物的强烈意愿。

②对苯丙胺类药物滥用行为的开始、结束及剂量难以控制。

③滥用苯丙胺类药物的目的是减轻或消除戒断症状。

④减少或停止滥用苯丙胺类药物后出现戒断症状。

⑤滥用苯丙胺类药物的过程中耐受性逐步增加。

⑥不顾社会约束，选择滥用方式的（时间、地点、场合等）自控力下降。

⑦由于滥用苯丙胺类药物逐步丧失原有的兴趣爱好，并影响到家庭、社会关系。

⑧知道滥用苯丙胺类药物的危害仍坚持滥用。

⑨减少或停止滥用苯丙胺类药物后出现戒断症状，重新滥用时剂量较前增加。

在以往12个月内发生或存在3项以上即可诊断为苯丙胺类药物依赖。除参照以上诊断标准外，诊断时还应注意以下几点：

①末次使用苯丙胺类药物48小时内的尿毒品检测结果。

②病史、滥用药物史及有无与之相关的躯体并发症，如病毒性肝炎、结核等，还应注意有无精神障碍、人格障碍等心理社会功能的障碍。

③患者的一般情况、生命体征、意识状况，有无注射痕迹、有无相关的精神症状。

④性病、艾滋病和病毒性肝炎等传染病的检测结果等。

3）治疗

①相关症状治疗

苯丙胺类药物滥用导致的戒断症状、急性中毒、精神病性症状、情感症状、心理行为异常等治疗方法的详细内容参见本章第三部分强制隔离戒毒中的“生理脱毒”和“心理矫治”部分的相关内容。

②预防复吸的措施

主要措施是帮助吸毒人员找出复吸的危险因素，如渴求、戒断症状、某

些条件刺激、不良的社会环境及人际关系等，使他们掌握应对不良环境及心理应激的方法。结合药物、心理社会治疗，达到预防复吸的目的。

③治疗的环境与场所

防复吸的苯丙胺类药物依赖的吸毒人员与阿片类药物依赖的吸毒人员在行为方面存在诸多差异，不宜将两类吸毒人员置于同一病房内治疗，以免相互影响。

（三）戒毒医疗机构设置的条件、戒毒治疗的原则及收费规定

戒毒医疗机构设置的条件、戒毒治疗的原则及收费规定等应符合相关管理规定。

1.戒毒医疗机构设置的条件

根据卫生部制定的《医疗机构戒毒治疗科基本标准（试行）》和《戒毒医院基本标准（试行）》，戒毒医疗机构的设置条件应符合该《标准》规定的相关条件。

（1）医疗机构设置戒毒治疗科的条件

1）床位

至少设有治疗病床 10 张。

2）科室设置

①与其他临床科室相对独立。至少设有接诊室、安全检查室、治疗室、心理咨询室、探视室、活动室等。

②医疗机构应当至少设有抢救室、药房、放射科、心电图室、医学检验科、消毒供应室、病案室等。其中医学检验科应当具备艾滋病快速筛查检测能力，有条件的地区应设立艾滋病检测筛查实验室。

3）人员

①每床至少配备 0.88 名卫生技术人员。

②至少有 3 名医师、5 名护士和 1 名心理卫生专业人员。

③戒毒治疗科业务负责人应当具有中级以上专业技术职务任职资格，从事精神卫生或戒毒医疗工作 3 年以上，并应具备相应的心理卫生专业知识。

④封闭式管理的戒毒治疗科至少应当配备 4 名具有合法上岗资质的保安人员。

4）医疗用房

①每床建筑面积不少于35平方米。

②病房每床净使用面积不少于6平方米。

③戒毒人员室外活动场地平均每床不少于2平方米。

④通风、采光、安全等符合戒毒医疗机构管理和卫生要求。

5）设备设施

供氧装备、人工呼吸急救复苏球、电动吸引器、必要的消毒设施、心电监护仪、洗胃机、必备的抢救药品和设施、器械柜、麻醉药品和第一类精神药品保险柜、计算机，并配有戒毒人员专用的卫生洗浴设施。有条件的可以安装监控、报警设施。

6）规章制度

按照国家及地方有关规定，结合本机构业务工作需要，制定并完善医疗机构管理的各项规章制度和人员岗位职责。有省级以上卫生行政部门组织制定或认可的医疗护理技术操作规程，以及针对戒毒治疗、麻醉药品和精神药品管理使用的规章制度，并成册可用。

（2）建立戒毒医院应具备的基本条件

1）床位

住院床位总数不少于20张。

2）科室设置

①临床科室：至少设有精神卫生科、内科。

②医技科室：至少设有放射科、医学检验科、药房、心电图室、消毒供应室、病案室。其中医学检验科应当具备艾滋病快速筛查检测能力，有条件的地区应设立艾滋病检测筛查实验室。

另外应设有接诊室、安全检查室、治疗室、抢救室、心理咨询室、探视室、活动室等。

3）人员

①每床至少配备0.88名卫生技术人员。

②至少有4名医师（至少有50%的医师其执业范围为精神卫生专业），8名护士和相应的临床药学、医技、心理卫生等专业技术人员。医师、护士、药学专业技术人员应当符合《戒毒医疗服务管理暂行办法》的有关规定。

③戒毒治疗临床科室的业务负责人应具有高级卫生专业技术职务任职资格或从事精神卫生、戒毒医疗临床工作 5 年以上。

④封闭式管理的戒毒医院至少应当配备 4 名具备合法上岗资质的保安人员。

4）医疗用房

①每床建筑面积不少于 40 平方米。

②病房每床净使用面积不少于 6 平方米。

③戒毒人员室外活动场地平均每床不少于 3 平方米。

④通风、采光、安全等符合戒毒医院管理和卫生要求。

5）设备设施

①基本设备：供氧装备、人工呼吸急救复苏球、心电监护仪、脑电图仪、B 超、艾滋病筛查检测设备、电动吸引器、心电图机、高压蒸汽灭菌设备及其他必要消毒设施、器械柜、X 光机及暗室成套设备、检验科需要的配套设备、必备的抢救药品和设备、麻醉药品和第一类精神药品的药库和保险柜、计算机等，并配有戒毒人员专用的卫生洗浴设施。有条件的可以安装监控、报警设施。

②病房每床单元设备与二级综合医院相同。

③具有与开展的诊疗活动相应的其他设备设施。

6）规章制度

按照国家及地方有关规定，结合本机构业务工作需要，制定并完善医疗机构管理的各项规章制度和人员岗位职责。有省级以上卫生行政部门组织制定或认可的医疗护理技术操作规程，以及针对戒毒治疗、麻醉药品和精神药品管理使用的规章制度，并成册可用。

7）注册资金

注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

（3）建立社区药物维持治疗门诊应具备的基本条件

1）选址

在确定维持治疗机构时，应充分利用现有的医疗资源，按照交通便利、就医方便的原则，由当地卫生和公安部门统一规划布局，在吸毒人员相对集中的市区和城镇选址。所选地址应远离政府机关、学校、托幼机构及其他人

群密集的公共场所。

2)人员

申请开展维持治疗工作的医疗机构,应根据机构的规模和实际需要配备卫生技术人员和其他工作人员,必须达到以下要求:

①确定专门的负责人,负责人及主要卫生技术人员必须是本单位在职人员,并报省级卫生行政部门备案;

②专门负责人应具有主治医师以上技术职称,从事精神卫生专业工作或有戒毒治疗工作经验,并具有一定的管理经验和能力;

③至少有 2 名具有主治医师以上技术职称,并接受过精神卫生和艾滋病咨询培训,具备麻醉药品处方权的人员从事维持治疗工作;

④至少有 2 名具有护士以上技术职称,并接受过精神卫生和艾滋病咨询培训的人员从事维持治疗工作;

⑤至少有 1 名具有药剂师以上技术职称的人员负责维持治疗药物的管理工作;

⑥至少配备 1 名保安人员;

⑦每个维持治疗机构必须保证有 8 名以上维持治疗专职工作人员。工作时间内,必须保证至少有 4 名工作人员同时在岗。

3)功能与条件

维持治疗机构应具备以下诊治必需的功能与条件:

①设有候诊室、咨询室、治疗室、资料录入室、服药室、卫生间等功能分区;

②配备病历柜(架)、铁皮文件柜、饮水机、直拨电话、宣传资料架、办公桌椅、药品/器械柜、电子秤等设备;

③具备临时储存麻醉药品的条件;

④具备诊治常见并发症及临时抢救急危重症的条件,备有纳洛酮注射剂(0.4mg/支)至少 10 支;

⑤备有体检设备(包括体重秤、血压计、检查床等);

⑥备有艾滋病相关宣传材料。

4)管理与制度

维持治疗机构要加强管理,健全各项维持治疗管理制度:

①行政管理制度；

②医疗管理制度；

③维持治疗机构治安管理制度；

④药物治疗登记报告制度；

⑤麻醉品管理和使用制度；

⑥麻醉性药品容器及包装材料的监督销毁制度；

⑦卫生行政部门认为应建立的其他制度。

2.戒毒治疗的原则

(1)阿片类药物依赖治疗原则

治疗阿片类成瘾总的原则是采用综合治疗措施,其中包括中止滥用毒品并治疗其戒断症状的戒毒治疗阶段,以期初步摆脱成瘾者对毒品的依赖。然后再实施一系列的社会康复措施,对依赖行为进行矫正,防止复吸。

阿片类成瘾戒毒治疗的具体原则应以中华人民共和国卫生部 2009 年 11 月发布的《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》为原则,该《原则》从阿片类药物依赖的临床表现、诊断、治疗等几个方面进行了原则性的指导。在脱毒治疗方法中,着重介绍了替代治疗方法和非替代治疗方法。在替代治疗方法中介绍了美沙酮替代和丁丙诺啡替代的治疗原则;在非替代治疗方法中介绍了以可乐宁和洛非西定为代表的戒毒治疗原则。在防复吸治疗原则方面,着重介绍了纳曲酮防复吸治疗和心理行为治疗原则。

(2)滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗原则

根据国际社会的经验,滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作目前选用美沙酮作为维持治疗药物。

根据中华人民共和国卫生部、中华人民共和国公安部、国家食品药品监督管理局 2006 年 7 月 4 日发布的《滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作方案》,阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗的原则应以减少阿片类物质滥用、减少艾滋病传播相关危险行为、减少违法犯罪、恢复滥用阿片类物质成瘾者的社会功能为目的来开展维持治疗,开展治疗的医疗机构和治疗对象应符合该《治疗工作方案》。

开展该项工作的原则与策略是:

①政府领导,卫生、公安、食品药品监管三部门密切合作,共同实施;

②严格管理，积极稳妥；

③坚持不营利原则；

④充分利用现有的医疗机构、药品生产与供应资源及社区管理资源。

（3）苯丙胺类药物依赖治疗原则

苯丙胺类兴奋剂（Amphetamine-type Stimulans，ATS）是苯丙胺及其衍生物的统称，涉及几十个品种，具有药物依赖性（主要是精神依赖性）、中枢神经兴奋、致幻、食欲抑制和拟交感能效应等药理、毒理学特性，是联合国精神药品公约管制的精神活性物质。

苯丙胺类药物依赖治疗原则应以中华人民共和国卫生部2009年11月发布的《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》为原则，该《原则》从苯丙胺类药物依赖的临床表现、诊断、治疗等几个方面进行了原则性的指导。在临床表现方面，从戒断症状、急性中毒、慢性中毒、精神障碍几个方面提出了指导原则；在治疗方面，从戒断症状的治疗、急性中毒的治疗、精神病性症状的治疗、情感症状的治疗、心理行为治疗、预防复吸、治疗的环境与场所等几个方面提出了指导原则。

3.戒毒收费规定

戒毒医疗服务不得以营利为目的。戒毒医疗服务使用的药品、医疗器械和治疗方法不得做广告。戒毒医疗服务收费应当按照省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同卫生行政部门制定的收费标准执行。

开展阿片类物质成瘾社区药物维持治疗工作所需经费实行分级承担，主要经费由地方财政安排，中央财政给予适当补充。维持治疗药即美沙酮口服液对维持治疗者实行免费提供，根据各地财政经济状况，治疗者每次到维持治疗点服药需支付十元以下人民币，此经费用于支付维持治疗药物的配制、运输、储存费用，维持维持治疗机构日常工作，承担受治者的行为矫治、心理辅导和防病咨询等各种服务的开支，而非药费。

（四）戒毒医疗机构的权利义务

根据卫生部、公安部、司法部2010年1月5日联合发布的《戒毒医疗服务管理暂行办法》，戒毒医疗机构具有以下权利和义务：

1.戒毒医疗机构的权利

（1）开展戒毒医疗服务的医疗机构应当按照规定建立戒毒人员医疗档

案，并按规定报送戒毒人员相关治疗信息。开展戒毒医疗服务的医疗机构有权要求戒毒人员提供真实信息。

(2)医疗机构开展戒毒医疗服务时有权采取有效措施，严防戒毒人员或者其他人员携带毒品与违禁物品进入医疗场所。

(3)根据戒毒医疗服务的需要，医疗机构有权对戒毒人员进行身体和携带物品的检查。对检查发现的毒品及其用具等将按照有关规定交由公安机关处理。

(4)在戒毒治疗期间，发现戒毒人员有人身危险的，有权采取必要的临时保护性约束措施，并应对采取临时保护性约束措施的戒毒人员加强护理观察。

(5)戒毒人员治疗期间，医疗机构有权不定期对其进行吸毒检测。发现吸食、注射毒品的，应当及时向当地公安机关报告。

(6)戒毒人员在接受戒毒治疗期间有下列情形之一的，医疗机构可以对其终止戒毒治疗：

①不遵守医疗机构的管理制度，严重影响医疗机构正常工作和诊疗秩序的；

②无正当理由不接受规范治疗或者不服从医务人员合理的戒毒治疗安排的；

③发现存在严重并发症或者其他疾病不适宜继续接受戒毒治疗的；

④省级卫生行政部门规定的其他不适宜继续接受戒毒治疗的情形。

(7)阿片类物质成瘾社区药物维持治疗门诊具有监督维持治疗受治者当面服药的权利，并具有定期或不定期对受治者进行尿检、观察其是否吸毒的权利。尿检由维持治疗机构的医师具体负责，并在受治者病历中记录结果。其他人员在维持治疗机构内一律不得对受治者进行尿检。

2.戒毒医疗机构的义务

(1)戒毒医疗机构对在机构内戒毒的吸毒人员具有采取相应的医疗、护理、康复等医学措施，帮助其减轻毒品依赖、促进身心康复的义务。

(2)医疗机构及其医务人员开展戒毒医疗服务应当遵循与戒毒有关的法律、法规、规章、诊疗指南或技术操作规范。

(3)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当与戒毒人员签订知情同意书。

对无行为能力或者限制行为能力的戒毒人员可与其监护人签订知情同意书。知情同意书的内容应当包括戒毒医疗的适应症、方法、时间、疗效、医疗风险、个人资料保密、戒毒人员应当遵守的各项规章制度以及双方的权利、义务等。

(4)医疗机构开展戒毒医疗服务应当根据业务特点制定管理规章制度,加强对医务人员的管理,不断提高诊疗水平,保证医疗质量和医疗安全,维护医患双方的合法权益。

(5)医疗机构开展戒毒医疗服务应当采用科学、合理、规范的诊疗技术和方法,并符合卫生部《医疗技术临床应用管理办法》的有关规定。

(6)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当对戒毒人员进行必要的身体检查和艾滋病等传染病的检测,按照有关规定开展艾滋病等传染病的预防、咨询、健康教育、报告、转诊等工作。

(7)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当对戒毒人员采取多种康复措施,包括心理康复、行为矫正、社会功能恢复等,并开展出院后的随访工作。

(8)开展戒毒医疗服务的医疗机构及其医务人员应当依法保护戒毒人员的隐私,不得侮辱、歧视戒毒人员。

(9)开展戒毒医疗服务的医疗机构应当定期对医务人员进行艾滋病等传染病的职业暴露防护培训,并采取有效防护措施。

(10)阿片类物质成瘾社区药物维持治疗门诊在日常的维持治疗工作中,具有现场监督受治者服药、行为矫治、心理辅导、防病咨询、尿检及管理维持治疗药物的责任和义务。

三、强制隔离戒毒

(一)强制隔离戒毒的概念、特点

1.强制隔离戒毒的概念

强制隔离戒毒是我国《禁毒法》规定的四种戒毒措施之一,是一种强制性的戒毒治疗措施。强制隔离戒毒就是根据一定的法律规定和程序,对吸毒成瘾人员依法通过强制隔离的方式,将吸毒成瘾人员的活动范围限制在一定区域范围内进行戒毒治疗。强制隔离戒毒所的职能是为吸毒成瘾人员提供科学规范的生理脱毒、心理治疗;实施道德、法制教育;开展行为矫治、

康复训练和职业技能培训，帮助戒毒人员戒除毒瘾、重返社会。

我国的强制隔离戒毒有公安部门或司法部门负责实施，近年来我国各地的公安、司法行政部门坚持以人为本、人文关怀、科学戒毒、综合矫治的原则，不断完善管理、教育和治疗制度，规范戒毒医疗机构建设，使对吸毒成瘾人员的管理与救治水平不断提高。截至 2010 年年底，全国共发现登记吸毒人员 154.5 万名，全国强制隔离戒毒场所在戒人员达 21.6 万余名，比上年同期增长 46%，发挥了强制隔离戒毒手段的治疗挽救作用。

2.强制隔离戒毒的特点

2008 年 6 月 1 日正式实施的《禁毒法》增加了社区戒毒、社区康复等新模式，对原有戒毒模式中强制戒毒和劳动教养戒毒合并为强制隔离戒毒，对吸毒人员不再适用劳动教养，淡化了处罚色彩，重构了戒毒体系。强制隔离戒毒是一种限制人身自由的强制性的戒毒措施，强制隔离戒毒本质上不是对吸毒成瘾者的行政处罚，而是一种挽救吸毒者的行政强制措施。强制隔离戒毒在原先强制戒毒的基础上加上了“隔离”二字，突出了专所的性质，凸显了对专所功能设施的要求。

与社区戒毒、医疗戒毒、康复戒毒相比，强制隔离戒毒具有明显的强制性和严厉性，即不管吸毒成瘾者是否愿意，只要符合法律规定的条件都必须接受强制隔离戒毒，通过严格限制其人身自由使其隔离与毒品的联系。这种强制措施虽然限制了吸毒成瘾者的人身自由，但却包含着国家对吸毒成瘾公民的人文关怀。

3.社区戒毒、医疗戒毒与强制隔离戒毒的异同点

（1）社区戒毒、医疗戒毒与强制隔离戒毒的共同点

①目的相同

无论何种戒毒方式都是为吸毒成瘾人员提供生理脱毒、心理治疗、行为矫治、康复训练等戒毒治疗服务，都是为了教育和挽救吸毒人员，达到帮助吸毒人员戒除毒瘾、重返社会的目的。

②治疗方法相同

各种戒毒方式对吸毒成瘾人员提供的生理脱毒、心理治疗、行为矫治、康复训练等戒毒治疗服务内容和方法都是相似的。

③决定机关相同

社区戒毒和强制隔离戒毒的决定机关同样都是县级以上人民政府公安机关。

(2)社区戒毒与强制隔离戒毒的不同点

①戒毒对象的情况和条件不同。社区戒毒的对象为:因吸毒被公安机关初次查获,有固定住所和稳定的生活来源,具备家庭监护条件的;怀孕或者正在哺乳自己不满一周岁婴儿的;不满十六周岁的未成年人;七十周岁以上的;因患有严重疾病或者残疾,生活不能自理的;其他不适宜强制隔离戒毒的。

强制隔离戒毒对象见本节(三)"强制隔离戒毒的适用对象"。

②主管部门和领导体制不同。社区戒毒工作由城市街道办事处、乡镇人民政府负责实施,县级以上人民政府相关部门应当依法履行职责。强制隔离戒毒工作由县级以上人民政府公安、司法行政部门主管。卫生行政、劳动和社会保障、教育、民政等部门,应当配合做好强制隔离戒毒工作。

③管理模式和戒毒执行场所不同。社区戒毒场所设置在社区,是以政府为主导、社区为单元、家庭为依托的戒毒模式,社区戒毒场所和环境相对开放宽松。强制隔离戒毒的管理相对较严,与戒毒体系中其他几种戒毒模式相比,强制隔离戒毒在目前戒毒体系中具有的最高的强制性,它通过隔离的方式,将吸毒成瘾人员的活动范围限制在一定地域范围内,以强制切断其与外界毒品的可能联系,强制隔离戒毒采用的是一种限制人身自由的管理模式。强制隔离戒毒在强制隔离戒毒场所执行。

④戒毒期限不同。社区戒毒的期限为三年;强制隔离戒毒的期限为二年。

(二)强制隔离戒毒的决定机关

强制隔离戒毒的决定机关是县级以上人民政府公安机关。

公安机关对吸毒成瘾人员决定予以强制隔离戒毒的,应当制作《强制隔离戒毒决定书》,由办案单位在执行强制隔离戒毒前送达被决定人。在送达后24小时以内通知被决定人的家属、所在单位和户籍所在地公安派出所,并送其前往强制隔离戒毒所进行强制隔离戒毒,同时按时限维护吸毒人员数据库信息。被决定人不讲真实姓名,住址、身份不明的,公安机关应当自查清其身份后通知。如被决定人对公安机关作出的强制隔离戒毒决定不

服的,可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。如出现被强制隔离戒毒人员在戒毒期间擅自离开戒毒场所后被查获的,县级以上人民政府公安机关可以重新作出强制隔离戒毒的决定。

(三)强制隔离戒毒的适用对象

强制隔离戒毒的适用对象有以下六种:

1.拒绝接受社区戒毒的;

2.在社区戒毒期间吸食、注射毒品的;

3.严重违反社区戒毒协议的;

4.经社区戒毒或强制隔离戒毒后再次吸食、注射毒品的;

5.对于吸毒成瘾严重,通过社区戒毒难以戒除毒瘾的人员,公安机关可以直接作出强制隔离戒毒的决定;

6.《禁毒法》实施前,曾被强制戒毒、劳教戒毒,再次吸食、注射毒品的;

7.对于不符合上述情形,但吸毒成瘾人员自愿接受强制隔离戒毒的,经强制隔离戒毒场所所在地县级、设区的市级人民政府公安机关同意,可以进入强制隔离戒毒场所戒毒。强制隔离戒毒场所应当与其就戒毒治疗期限、戒毒治疗措施等作出约定。

(四)强制隔离戒毒的适用条件

1.机构设置完备

强制隔离戒毒所应下设戒毒研究指导中心,配备专职人员开展临床治疗、吸毒的预防、吸毒问题的流行病学调查、戒毒技术和药物的研究工作。医疗、化验等一线临床科室应配备经戒毒业务专业培训的医疗队伍,确保能够对戒毒人员进行戒毒和对并发症、潜伏疾病进行治疗;建立管理、教育、生活卫生、场所护卫等科室负责戒毒人员的管理和教育工作。

2.全封闭的戒毒环境

强制隔离戒毒所必须实行全封闭、严格的管理,杜绝毒品的流入,并应美化所内环境,使戒毒者有一个良好的戒毒环境。

3.医疗设备完备

戒毒是比较特殊的一项医学专业,戒毒人员的合并性疾病较多,按疾病种类设置相当于一所综合医院。为实现全封闭的治疗,应尽可能配备现代化的医疗设备,如X光机、毒品检测仪、酶标仪、心电图机、B超等,应设常规

生化检验、毒品检验、性病和艾滋病检验室，进行临床辅助检查。

4.先进的监控和通讯设施

为观察戒毒人员的日常活动和行为表现，及时发现和制止其不良反应和不良行为，所内应配备电视监控系统，工作人员应配备必要的现代化通讯工具。

5.完备的康复设施

所内应设置康乐健身设施，配备健身器材，并有足够的场地供戒毒人员进行体育锻炼，以促使其康复。

6.园林化的环境

强制隔离戒毒所应建设良好的绿化环境，为戒毒人员提供有利于戒毒康复的、良好的、园林化的环境。

（五）不适用强制隔离戒毒的情形

1.不适合设置强制隔离戒毒所的场所

机关、学校、居民区、托幼园所及其他人群密集的繁华区域不适宜设置强制隔离戒毒所，环境嘈杂、污染的地方也不适宜设置强制隔离戒毒所。

2.不适宜在强制隔离戒毒所戒毒的对象

①怀孕或者正在哺乳自己不满一周岁婴儿的；

②不满十六周岁的未成年人；

③七十周岁以上的；

④因患有严重疾病或者残疾，生活不能自理的；

⑤其他不适宜强制隔离戒毒的。

（六）适用强制隔离戒毒的程序

1.入所程序

入所程序包括以下几个方面：一是办理入所手续，学习入所须知，填写《被强制隔离戒毒人员入所登记表》，并在全国禁毒信息管理系统中录入相应信息，及时进行信息维护；二是对戒毒人员进行健康检查，填写《被强制隔离戒毒人员健康检查表》，包括测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重，并记录病史，进行血常规、肝、脾功能、梅毒、艾滋病病毒检验，进行心肺功能检验；三是编队、领取生活用品，更换戒毒所配发的统一服装，进入治疗区。

要注意的是如发现戒毒人员具有下列情形之一、不宜强制隔离戒毒的，

退由原作出决定的公安机关作出社区戒毒决定:一是患有急性传染病或者其他严重疾病的;二是怀孕或者正在哺乳自己不满一周岁婴儿的;三是不满十六周岁或者年满七十周岁以上的;四是其他不适宜强制隔离戒毒的。

此外,对戒毒人员人身和随身携带的物品要进行检查。除生活必需品外,其他物品由强制隔离戒毒所代为保管,并填写《被强制隔离戒毒人员财物保管登记表》一式二份,强制隔离戒毒所和戒毒人员各存一份。

对检查中发现的毒品及其他法律规定应当没收的违禁品,应当依法处理;对涉案的其他物品应当移交强制隔离戒毒决定机关处理。

对女性戒毒人员的人身检查,应当由女性工作人员进行。

2.封闭的戒毒集训期

戒毒人员进入治疗区后即实行全封闭管理,一般 2 周内不允许探访,不允许与外部接触。戒毒集训的期限为 1—3 个月。

生理脱毒期,时间一般为 1—2 周,在此阶段主要是对吸毒人员进行生理脱毒,采用药物治疗的手段逐渐解除吸毒者对毒品的生理依赖。根据吸毒者吸毒时间的长短、日吸毒量、身体的营养状况和戒断症状的表现,将吸毒者分为轻、中、重三度进行治疗。

轻度吸毒者的吸毒时间为 1 年以内,日吸食海洛因 1 克以下,身体营养状况中等,在戒断期出现失眠、打哈欠、全身不适、倦怠、食欲不振、焦虑、头痛等轻度症状。对这类吸毒者进行戒毒治疗一般不需要使用戒毒药物,主要是鼓励他们树立自我戒毒的信心和勇气,靠自己的毅力和意志戒毒。这类吸毒者一般在 1 个月内可以恢复体力,在 6 个月内上述症状可以消失。

中度吸毒者的吸毒时间为 1 年以上,日吸食海洛因 1 克以上,身体营养状况差,在戒断期出现全身肌肉和关节疼痛、皮肤感觉异常、肌肉抽搐、恶寒颤栗、心悸、烦躁、腹泻、呕吐等症状。根据不同的体质和临床反应,对这类吸毒者使用戒毒药物进行治疗。这类吸毒者一般在 1 个月内可以脱瘾,在 2 个月内体力可以恢复。

重度吸毒者的吸毒时间为 2 年以上,日吸食海洛因 2 克以下,身体状况极度衰弱,在戒断期出现呼吸急促、循环衰竭、昏迷、谵妄、失神等反应。对这类吸毒者除进行积极的抢救外,还必须严格按照戒毒药品的使用计量进行疗程服药,同时注意医治其他并发症。这类吸毒者一般在 1 个月左右可

以脱瘾，在3个月内体力可以恢复。

第二阶段为恢复体能阶段。在此阶段，对吸毒者进行递增式的军体训练和劳动锻炼，使戒毒者在学习法律和纪律的同时逐步恢复体能。在此阶段需要对戒毒者进行经常性的体检，同时还要进行严格的物品检查，暂停家属接见，实行全封闭的隔离管理。

3.康复教育与巩固期

吸毒人员在心理和行为上具有突出的特点，比较明显的包括生活懒散、自律性差、个人卫生差、集体观念薄、意志行为减退、生活无规律、精神萎靡不振。因此，必须对之实行严格的管理，使之做到生活军事化，培养他们的集体主义精神，改变其不良行为，重新养成新的生活习惯。在此期间的管理仍应以封闭式为主，接见仅应限于直系亲属，信件、衣物、物品仍应进行严格检查，不准其外宿和从事单独、分散的劳动。在生活管理上应采取从宽政策，体能训练和劳动项目要循序渐进，伙食标准可以提高。根据戒毒的需要，强制隔离戒毒所可以组织戒毒人员参加必要的生产劳动，对戒毒人员进行职业技能培训。组织戒毒人员参加生产劳动的，支付劳动报酬。在组织戒毒人员劳动的同时，要注意进行思想教育，避免“劳动=康复”的片面思想，让戒毒人员在康复劳动中加强心理矫治，逐渐改变已经扭曲的心理状态，从而提高戒毒治疗效果。

在戒毒期满前的一段时间，应当巩固前几个阶段的成果，采取宽管的方式进行管理，可以实行开放式管理，邀请社会力量和家庭参加帮教，也可以请戒毒成功者回所介绍戒毒的经验和体会。这一阶段对于戒毒者回归社会具有非常重要的意义。

（七）适用强制隔离戒毒的救济措施

戒毒人员对强制隔离戒毒决定和延长强制隔离戒毒期限不服的，可以依照《中华人民共和国行政复议法》的规定申请复议；对复议决定不服的，可以依照《中华人民共和国行政诉讼法》的规定向人民法院提起诉讼。戒毒人员也可以直接向人民法院提起诉讼。

（八）强制隔离戒毒的管理

强制隔离戒毒场所应当配备设施设备，应当坚持戒毒治疗与教育相结合的方针，遵循依法、严格、科学、文明管理的原则，依法为强制隔离戒毒人

员提供科学规范的生理治疗、心理治疗、身体康复训练和卫生、道德、法制教育，开展职业技能培训。

1.强制隔离戒毒所主管部门

强制隔离戒毒场所由县级以上地方人民政府公安机关或者设区的市级以上地方人民政府司法行政部门管理。

2.强制隔离戒毒所设置

强制隔离戒毒所设所长一人，副所长一至三人。强制隔离戒毒场所应当配备必要的管理人员，管理人员应当由人民警察担任。根据工作需要配备管教、医护、财会等民警。所长、副所长、管教民警应当具有大专以上学历；医生应当具有医师以上专业技术职称，护士应当具有专业技术职称或经过相关专业知识培训，财会人员应当具有会计专业技术职称。

强制隔离戒毒所应当根据床位数配备民警：床位在一百张以下的，一般不少于十五人，其中，医护人员不得少于四人；床位在一百张以上的，民警一般应按床位数的百分之十五配备，其中，医护人员不得少于床位数的百分之五。强制隔离戒毒所应当根据工作需要配备一定数量的女民警和相应数量的工勤人员。

强制隔离戒毒所应当设立办公区、戒毒治疗区、文体活动区、生产劳动区，配备必要的医疗器械和健身器材。戒毒治疗区应当设有戒毒室、观察室、治疗室、药房、检验室及值班室。戒毒治疗区药房应当具备贮存麻醉药品、精神药品和医疗用毒性药品的条件。治疗室应当具备诊治戒毒常见并发症的条件及其他应急设施。

3.医疗工作管理

强制隔离戒毒场所设立戒毒医疗机构应当经所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门批准。强制隔离戒毒场所应当配备设施设备及必要的管理人员，依法为强制隔离戒毒人员提供科学规范的戒毒治疗、心理治疗、身体康复训练和卫生、道德、法制教育，开展职业技能培训。

(1)戒毒治疗条件

戒毒治疗区应当设有戒毒室、观察室、治疗室、药房、检验室及值班室。戒毒病室的面积每人平均不得少于三平方米；应当通风、采光，能够防寒、防暑、防潮。戒毒治疗区药房应当具备贮存麻醉药品、精神药品和医疗用毒性

药品的条件，治疗室应当具备诊治戒毒常见并发症的条件及其他应急设施，在收治量超过 300 人的强制隔离戒毒所设立医院。

（2）医务工作人员的管理

强制隔离戒毒场所应配备必要的医务人员，为戒毒人员开展戒毒治疗。根据戒毒治疗需要配备的执业医师应当具有医师以上专业技术职称，执业医师具有麻醉药品和精神药品处方权的，可以按照有关技术规范对戒毒人员使用麻醉药品、精神药品。强制隔离戒毒所的护士应当具有专业技术职称或经过相关专业知识培训。卫生行政部门应当加强对强制隔离戒毒场所执业医师的业务指导和监督管理。强制隔离戒毒场所执业医师的管理办法由卫生部会同公安部、司法部制定。

（3）药物治疗工作管理

强制隔离戒毒所对戒毒人员采取药物治疗措施的，应当建立治疗档案；需要对戒毒人员使用戒毒药品的，应当由医生开具处方，并监督戒毒人员当场服药。使用麻醉药品和精神药品，必须依照有关法律、行政法规的规定执行。强制隔离戒毒所应当建立严格的戒毒药品管理制度，对用于戒毒的麻醉药品、精神药品，应当由专人管理，并分别建立专用收付账册、专用处方和专册登记，由专人保管。强制隔离戒毒所必须依照有关规定使用戒毒药品，不得使用未经审批准许临床使用或者试用的戒毒药品。

强制隔离戒毒所应当实行医护人员二十四小时值班和定时查房制度，防止戒毒人员在脱毒治疗期间发生事故。对艾滋病、淋病、梅毒等传染病患者和病毒感染者应当实行隔离戒毒治疗。

4.强制隔离戒毒所管理人员纪律

强制隔离戒毒场所应当配备必要的管理人员，管理人员应当由人民警察担任。强制隔离戒毒所的民警必须秉公执法，严守纪律，清正廉洁，不得有下列行为：

（1）打骂、体罚、侮辱戒毒人员，侵犯其合法权益；

（2）索要、收受戒毒人员及其亲属的财物；

（3）挪用、损毁或者自行处理没收或者代为保管的财物；

（4）违反规定为戒毒人员提供麻醉药品和精神药品；

（5）私放戒毒人员。

5.戒毒人员入所检查

强制隔离戒毒场所应当对接收的强制隔离戒毒人员进行身体和所携带物品的检查。对毒品及其他违禁品，应当依照有关规定处理；对涉案的其他物品应当移交强制隔离戒毒决定机关处理；对生活必需品以外的其他物品，应当由强制隔离戒毒场所代为保管。女性强制隔离戒毒人员的身体检查，应当由女性工作人员进行。

6.强制隔离戒毒所实行封闭管理

强制隔离戒毒所戒毒治疗区实行封闭式管理。除管教、医护、工勤人员外，其他人员未经所长批准，不得进入戒毒治疗区。

强制隔离戒毒所实行二十四小时值班巡视制度，值班人员必须坚守岗位，发现问题应当及时报告，妥善处理。

强制隔离戒毒所应当定期或不定期地对场所进行安全检查，及时消除事故隐患，防止戒毒人员逃跑、自杀等事故和其他危害强制戒毒所安全行为的发生。对因毒瘾发作可能发生自伤、自残或者实施其他危害行为的戒毒人员，可以采取专人看护或者隔离等保护性措施，防止发生伤亡事故。

7.对戒毒人员分类管理

强制隔离戒毒场所应当根据强制隔离戒毒人员的性别、年龄、患病等情况对强制隔离戒毒人员实行分别管理；对吸食不同种类毒品的，应当有针对性地采取必要的治疗措施；根据戒毒治疗的不同阶段和强制隔离戒毒人员的表现，实行逐步适应社会的分级管理。

8.患严重疾病戒毒人员的处理方法

强制隔离戒毒人员患严重疾病，不出所治疗可能危及生命的，经强制隔离戒毒场所主管机关批准，并报强制隔离戒毒决定机关备案，强制隔离戒毒场所可以允许其所外就医。所外就医的费用由强制隔离戒毒人员本人承担。

所外就医期间，强制隔离戒毒期限连续计算。对于健康状况不再适宜回所执行强制隔离戒毒的，强制隔离戒毒场所应当向强制隔离戒毒决定机关提出变更为社区戒毒的建议，强制隔离戒毒决定机关应当自收到建议之日起 7 日内，作出是否批准的决定。经批准变更为社区戒毒的，已执行的强制隔离戒毒期限折抵社区戒毒期限。

9.卫生条件

强制隔离戒毒所应当建立卫生防疫制度，应当有供戒毒人员沐浴、理发和洗晒被服的设施；保持室内外清洁卫生，定期消毒；绿化美化强制戒毒所环境。

10.教育工作

强制隔离戒毒所应当根据戒毒人员的实际情况，有计划、有目的、有针对性地开展法制、道德、形势、政策、吸毒危害以及性病、艾滋病知识等教育。应当组织戒毒人员收听广播、收看电视、阅读书报、参观学习、自编自演文艺节目等活动，活跃戒毒人员生活。

对戒毒人员的教育，可以采取集中讲课、个别谈话、社会帮教、亲友规劝、现身说法等多种形式进行。对女性戒毒人员的谈话教育，应当由女民警或者两名以上民警进行。

11.及时掌握戒毒人员的基本情况

强制隔离戒毒所对戒毒人员的日常生活实行规范化管理。管教民警对戒毒人员应当实行面对面的直接管理，应当熟知所分管的戒毒人员的基本情况，及时掌握其思想动态，有针对性地做思想教育工作。医护人员应当随时掌握分管的戒毒人员的治疗和身体康复情况。

12.探视管理

强制隔离戒毒人员经强制隔离戒毒场所批准，可以外出探视其配偶、直系亲属。强制隔离戒毒人员的亲属、所在单位或其就读学校的工作人员，可以按照规定探访强制隔离戒毒人员，探访人员必须遵守强制戒毒所的规定。

13.入所物品检查管理

强制隔离戒毒场所管理人员应当对强制隔离戒毒场所以外的人员交给戒毒人员的物品和邮件进行检查，防止夹带毒品。

14.设立问询、会见场所

强制隔离戒毒场所应当设立询问室，便利办案机关询问强制隔离戒毒人员；设立会见室，依法保障强制隔离戒毒人员会见亲属、律师的权利。

15.戒毒人员档案管理

强制隔离戒毒场所应当建立档案，记录并保存强制隔离戒毒人员的有关情况。强制隔离戒毒场所工作人员应当对强制隔离戒毒人员的档案信息

予以保密。

档案内容包括:《强制隔离戒毒决定书》、《强制隔离戒毒人员入所登记表》、《强制隔离戒毒人员出所登记表》、《强制隔离戒毒人员健康检查表》、《强制隔离戒毒人员诊断评估表》、《强制隔离戒毒人员财物保管登记表》、《强制隔离戒毒人员违禁物品没收清单》、戒毒人员病历、谈话教育记录、《延长强制隔离戒毒期限呈批表》、《延长强制隔离戒毒期限决定书》、《强制隔离戒毒人员限期所外戒毒通知书》、《解除强制隔离戒毒呈批表》、《解除强制隔离戒毒证明书》和其他需要保存的材料。

16.违规行为管理

强制隔离戒毒人员不得有下列行为:

(1)传授犯罪方法、交流吸毒信息或者教唆他人违法犯罪;

(2)私藏、吸食、注射毒品,私藏其他违禁品;

(3)预谋、实施脱逃;

(4)其他违反法律法规、强制隔离戒毒场所管理规范的行为。

强制隔离戒毒人员脱逃的,强制隔离戒毒场所应当立即通知所在地县级人民政府公安机关,并配合公安机关追回脱逃人员。被追回的强制隔离戒毒人员应当继续执行强制隔离戒毒,脱逃期间不计入强制隔离戒毒期限。被追回的强制隔离戒毒人员不得提前解除强制隔离戒毒。

17.对强制隔离戒毒人员实行奖惩管理

强制隔离戒毒人员有检举、揭发违法犯罪行为或者有其他立功表现的,应当给予奖励。戒毒人员有其他违法犯罪行为尚未处理的,应当依照有关法律、行政法规的规定处理。

18.强制隔离戒毒人员在强制隔离戒毒期间死亡的处理办法

强制隔离戒毒人员在强制隔离戒毒期间死亡的,强制隔离戒毒场所应当立即通知所在地人民检察院以及死者家属、所在单位、户籍所在地公安派出所,并制作死亡鉴定送达所在地人民检察院、死者家属。人民检察院对死亡鉴定有异议的,可以重新对死亡原因作出鉴定;死者家属对死亡鉴定有异议的,可以向人民检察院提出,人民检察院应当重新对死亡原因作出鉴定。

死者家属对人民检察院作出的死亡鉴定仍有异议的,可以在接到死亡鉴定结论之日起 7 日内,向上一级人民检察院提出重新鉴定申请,上一级人

民检察院应当另行组织法医进行死亡鉴定。

死者没有家属,或者死者家属接到死亡鉴定7日内未申请重新鉴定,或者已经重新鉴定,死者家属逾3个月未认领遗体的,由强制隔离戒毒场所报经其主管部门批准后火化遗体,并通知死者家属领取骨灰。

强制隔离戒毒人员非正常死亡,属于国家赔偿范围的,死者家属依法享受国家赔偿。

19.强制隔离戒毒解除管理规定

(1)提前解除

执行强制隔离戒毒1年后,经诊断评估,对戒毒情况良好的强制隔离戒毒人员,强制隔离戒毒场所可以提出提前解除强制隔离戒毒的意见,报强制隔离戒毒决定机关批准。强制隔离戒毒决定机关应当自收到意见之日起7日内,作出是否批准的决定。

(2)延长解除

强制隔离戒毒期满前,经诊断评估,对需要延长强制隔离戒毒期限的强制隔离戒毒人员,由强制隔离戒毒场所提出延长强制隔离戒毒期限的意见,报强制隔离戒毒决定机关批准。强制隔离戒毒的期限最长可以延长1年。

对提前解除强制隔离戒毒或者延长强制隔离戒毒期限的,批准机关应当出具提前解除强制隔离戒毒决定书或者延长强制隔离戒毒期限决定书,送达被决定人,并在送达后24小时以内通知被决定人的家属、所在单位及其户籍所在地或者现居住地公安派出所。

(3)解除强制隔离戒毒程序

解除强制隔离戒毒的,强制隔离戒毒场所应当在解除强制隔离戒毒3日前通知强制隔离戒毒决定机关,出具解除强制隔离戒毒证明书送达戒毒人员本人,并通知其家属、所在单位、其户籍所在地或者现居住地公安派出所将其领回。

强制隔离戒毒诊断评估办法由国务院公安部门、司法行政部门会同国务院卫生部门制定。

20.被依法收监强制隔离戒毒人员处理办法

强制隔离戒毒人员被依法收监执行刑罚、采取强制性教育措施的或者被依法拘留、逮捕的,由监管场所、羁押场所给予必要的戒毒治疗,强制隔离

戒毒的时间连续计算,刑罚执行完毕时、解除强制性教育措施时或者释放时强制隔离戒毒尚未期满的,继续执行强制隔离戒毒。

(九)强制隔离戒毒的内容

无论采用何种模式戒毒,戒毒工作都包括三个阶段,即生理脱毒、心理脱瘾、回归社会。强制隔离戒毒所的生理戒毒治疗方式也和其他戒毒模式一样。

1.生理脱毒

生理脱毒是戒毒治疗的第一个阶段,是戒毒工作中最为重要、最为基本的治疗环节。在整个戒毒治疗过程中,只有首先对吸毒成瘾者进行生理脱毒治疗,帮助其戒除生理依赖,才能进一步进行之后的心理脱瘾、回归社会的戒毒工作步骤,生理脱毒治疗是戒毒工作中不可缺失的基础工作。

(1)生理脱毒的含义

对于已形成生理依赖的吸毒人员,在中断吸食毒品时往往会出现不同程度的戒断症状。生理脱毒治疗就是对吸毒成瘾者在戒毒过程中出现的急性戒断症状进行辅助治疗,使其免受毒瘾发作时的生理痛苦,帮助患者安全、顺利地摆脱对毒品的生理依赖。

生理脱毒治疗主要是针对阿片类成瘾者的治疗,因为一般产生生理依赖的毒品主要是阿片类毒品,其他类毒品大多数没有太明显的生理依赖,因此这里介绍的生理脱毒内容主要是阿片类毒品依赖的生理脱毒治疗。

(2)生理脱毒的基本方法

无论采用何种戒毒方法,生理脱毒治疗都是帮助病人从依赖毒品的异常生理平衡状态过渡到脱离毒品的正常生理平衡状态。阿片类毒品滥用者大脑被抑制的吗啡肽恢复产生的过程就是生理脱毒的过程,这个过程大约需要7—10天,之后的机体康复还需要更长的时间。机体的正常平衡主要靠戒毒者自身恢复,戒毒治疗主要是减轻病人在恢复平衡过程中的生理痛苦和戒断症状。

脱毒治疗是指通过治疗减轻由于突然停药导致的躯体戒断症状。由于吸毒人员的特殊性,阿片类药物依赖的脱毒治疗应在管理严格的封闭环境中进行。生理脱毒期间如果不进行任何治疗就叫做硬戒,这种做法目前已不多见,通常的做法是需对病人进行临床治疗的。脱毒治疗可分为替代治

疗与非替代治疗,两者可以结合使用。对于戒断症状较轻、合作较好的吸毒人员可单独使用非替代治疗。治疗时应根据滥用药物的种类、剂量、时间、途径、既往戒毒治疗情况等首先确定药物依赖的严重程度,结合吸毒人员的个体情况选择戒毒药物和治疗方法。症状轻者可不使用戒毒药物,仅需对症处理即可。阿片类药物依赖多伴有多药滥用现象,其危害严重,在治疗过程中应多加注意。

1)药物治疗前的准备工作

①了解吸毒者吸食海洛因的剂量、毒品的纯度、掺杂情况、滥用的时间(吸毒史)、方式(吸入还是注射)、戒毒次数,并观察戒断症状严重的程度。

②体检。检查个体的生理转况,如体重、营养、体温、脉搏、呼吸、血压、年龄及性别,并且是否有严重的躯体合并症。

③确定个体戒毒用量。根据前两条了解和掌握的情况确定戒毒药物的种类和用量。

2)替代治疗

替代治疗是利用与阿片类药物有相似药理作用的其他药物替代原使用药物,在一定的时间内逐渐减少并停止使用替代药物,以减轻戒断症状的严重程度。

①美沙酮替代治疗

美沙酮又名美散痛,是人工合成的麻醉性镇痛药。它是由德国化学家在二战期间合成的,由于战时吗啡短缺,美沙酮的合成是为了弥补当时吗啡的不足。美沙酮具有镇痛作用,可用于创伤、癌症及外科手术的止痛治疗,它的欣快感、耐受性、成瘾性及戒断症状等较吗啡轻,药效时间较吗啡长,一般为12—24小时,最长达到36小时。其主要作用为止痛和阿片类成瘾治疗。

美沙酮用于海洛因成瘾治疗的方法一般有两种,即美沙酮替代递减法和美沙酮维持疗法。在此介绍的美沙酮替代递减治疗是一种常用的脱毒治疗方法,用美沙酮替代海洛因,并通过逐渐减量并最终停用的方法,以帮助海洛因成瘾者消除戒断症状和恢复身体。

第一,适应症

美沙酮替代治疗适用于阿片类药物的脱毒治疗。由于美沙酮本身也能

产生依赖性，因此应在严格管理的戒毒医疗机构中进行。

第二，治疗原则

美沙酮替代治疗的原则是：逐日递减、先快后慢、只减不加、停药坚决。在用药中和停药后对症处理各种症状。

第三，用法与剂量

美沙酮替代治疗首次剂量一般为 20—40mg/日口服，原则上不超过 60mg/日口服。首次给药后，戒断症状控制不理想者可酌情追加美沙酮 5—10mg 口服。如发现美沙酮剂量过大，应再次确认吸毒人员药物依赖的程度及近期药物滥用的剂量并于第 2 日减药，减幅为首日剂量的 30%—50%。

递减程序根据个体情况制订，多数可在 10—20 日内停药。如每日递减前 1 日药量的 20%，减至 5—10mg/日时可改为每 1—3 日减 1mg。

第四，不良反应及处理

在使用较大剂量时可出现相应的不良反应，常见如口干、恶心、呕吐、头昏、头痛、困倦、乏力等，个别出现直立性晕厥。如不良反应严重，可减少美沙酮的用量并密切观察。

第五，过量中毒及处理

过量中毒常发生在治疗前 3 天。主要表现为冷汗、严重头昏、坐卧不安、针尖样瞳孔、无力、嗜睡、血压下降，呼吸、心率减慢甚至昏迷，严重时可出现呼吸困难、紫绀等。

一旦发现过量中毒应立即停用美沙酮，密切观察吸毒人员的意识、瞳孔和呼吸状况。若出现阿片类中毒三联征（呼吸抑制、昏迷和针尖样瞳孔）应立即抢救。抢救措施包括：a.维持呼吸道通畅，吸氧，静脉输液维持水、电解质平衡及一般支持疗法；b.首次快速给予阿片受体拮抗剂纳洛酮 0.4mg 静脉注射，必要时 2—5 分钟内重复使用 2—3 次。

第六，注意事项

呼吸功能不全者和产妇分娩前后禁用；妊娠妇女、老年人、肝肾功能不全者慎用。

②盐酸丁丙诺啡舌下含片替代治疗

丁丙诺啡是有效的镇痛剂，它起效慢，作用持续时间 6—8 小时，具有一定的依赖性。作为新型的镇痛药，丁丙诺啡已在欧美广泛应用 30 多年，

主要用于各种手术后止痛、癌性痛、烧伤、肢体痛、心绞痛等。近年来在美国等国家试用于戒毒，取得颇为满意的效果，被认为是很有前途的新型戒毒药。自 20 世纪 90 年代初以来我国应用丁丙诺啡戒毒，也显示了良好的应用前景。

第一，适应症

同美沙酮。

第二，用法与剂量

根据吸毒人员戒断症状及药物引发不良反应的严重程度随时调整剂量。最初 1—3 日剂量应充分，轻度依赖为 1—1.5mg/次舌下含服，q8h；中度依赖为 2—2.5mg/次舌下含服，q8h；重度依赖为 3—6mg/次舌下含服，q8h。首次用药 2 小时后根据戒断症状的控制情况决定是否追加剂量，追加剂量为上次使用剂量的 30%—50%。经最初 1—3 日充分用量后可酌情减量，每日减前 1 日剂量的 20%—30%。治疗周期为 10—14 天。

药物须舌下含服不少于 5 分钟，含服期间不可吞咽以保证药物被口腔黏膜充分吸收。掌握适当给药时机是治疗的关键，一般应在末次滥用阿片类药物 8—12 小时后、出现早期戒断症状时开始治疗。

第三，不良反应

常见嗜睡、恶心、呕吐、出汗和眩晕，可见口干、便秘、瞳孔缩小、心率减慢和低血压等。呼吸抑制约在给药 3 小时后发生，持续时间长，程度较吗啡所致呼吸抑制轻，不随用药剂量增加而加重。盐酸丁丙诺啡过量使用所致中毒较少发生。

第四，注意事项

呼吸系统疾病、严重肝病者、孕妇及哺乳期妇女不宜使用。酒精和中枢神经系统抑制剂会加强盐酸丁丙诺啡的呼吸抑制作用。用药期间切忌再度滥用阿片类药物，否则可引发或加重戒断症状。用药期间慎用镇静催眠药，严禁酗酒。

③替代治疗的护理与观察

第一，根据吸毒人员的病情定时巡视。

第二，严密观察治疗药物的起效过程与不良反应，及时处理。

第三，治疗期间应严格病房管理，防止吸毒人员再次滥用阿片类药物。

第四,治疗期间应鼓励吸毒人员进食,不应过早安排体育锻炼以减少体力消耗。

3)非替代治疗

指应用中枢 α2 受体激动剂来减轻阿片类药物依赖的戒断症状。该类药物以可乐宁和洛非西定为代表,其控制戒断症状的作用比美沙酮和盐酸丁丙诺啡弱。洛非西丁不良反应较可乐宁轻。

①代表药物介绍

第一,可乐宁

可乐宁又名可乐定,它最初是用作抗高血压的药物,后来又发现了它具有海洛因依赖戒毒治疗作用。可乐宁作为非阿片类戒毒药物,已经受到许多关注,它不具成瘾性,不会产生欣快感,能较好地抑制海洛因的戒断症状。许多戒毒治疗机构将其作为常规的戒毒药物之一。可乐宁的镇静性和低血压不良反应大于其他成瘾类戒毒药,在治疗过程中要注意血压问题。

第二,洛非西丁

洛非西丁又名路脱菲,与可乐定同属一类药物,也是非阿片类戒毒药。洛非西丁是一种弱的降压药物,它的应用范围、安全性及不良反应均优于可乐宁,可用于海洛因依赖的戒断症状治疗。

②适应症

用于轻中度阿片类药物依赖的吸毒人员,也可在替代治疗结束后使用,以利于控制稽延性戒断症状。

③用法与剂量

根据吸毒人员年龄、体重、健康状况、药物滥用史、戒断症状的程度调整可乐宁和洛非西定的用法与剂量。常见治疗方案参考表 4-1、表 4-2。

④不良反应

常见口干、倦怠、眩晕、便秘和体位性低血压。过量症状包括体位性低血压、眩晕或晕厥、心率下降。长期使用后突然停药可出现反跳性血压升高、头痛、恶心、唾液增多、手指颤动等症状,故药物使用时间不应超过 2 周。

⑤注意事项

第一,低血压、脑血管病后遗症、冠状动脉供血不足、近期心肌梗塞、慢性肾功能不全、窦房结功能低下和抑郁症者慎用。血压等于或低于 90/

50mmHg 或心率低于 60 次/分以及对此类药物过敏者禁用。

第二,因本品有中枢抑制作用,服药期间不宜驾车或操纵机器以免发生意外。

⑥非替代治疗的护理与观察

应注意观察血压偏低及对药物敏感的吸毒人员,治疗期间每日测量血压。治疗前 4 日宜卧床,缓慢改变体位,如出现体位性低血压应使吸毒人员平卧,置头低足高位。如连续发生体位性低血压或血压持续等于或低于 90/50mmHg,应适当减药,可减当日剂量的 1/4,必要时停药。鼓励吸毒人员进食,保证营养摄入量。

表 4-1　可乐宁脱毒治疗方案(以体重 60kg 为例)

治疗日数	剂量(片)		
	晨	午	晚
1	2	2	3
2	3	3	4
3	3	3	4
4	3	3	4
5	2	2	3
6	1	2	2
7	1	1	2
8	1	1	1
9	0	1	1
10	0	0	1

注:每片含可乐宁 0.1mg。

表 4-2　洛非西定脱毒治疗方案(以体重 60kg 为例)

治疗天数	剂 量(片)		
	晨	午	晚
1	1—2	0	1—2
2	2—3	2—3	2—4
3	2—3	2—3	2—4

续表

治疗天数	剂 量(片)		
	晨	午	晚
4	2—3	2—3	2—4
5	2—3	2—3	2—4
6	2—3	2—3	2—4
7	2—3	2—3	2—4
8	1—2	1—2	2—3
9	1	1	1—2
10	1	0—1	1
11	0—1	0	0—1
12	停药		

注:每片含洛非西定 0.2mg。

4)中药脱毒治疗

中药脱毒治疗是我国戒毒治疗的一个特色。中药治疗的原理是调节毒品依赖者机体的阴阳平衡,固正补气、扶正祛邪、解毒止痛、安神滋补。由于中药的副作用相对较小,对依赖者的机体功能紊乱具有一定的调节、改善作用,且对机体的康复具有一定的效果,因此,国内一直不断有研究者对脱毒中药进行研究开发。但是,一些不含阿片受体激动剂成分的戒毒中药仅适用于轻、中度阿片类药物依赖的吸毒人员,对于重度海洛因依赖者的戒断症状控制效果并不是十分理想,因此在治疗中往往需要结合使用一些西药。

目前经国家食品药品监督管理局批准的戒毒中药有福康片、济泰片、扶正康冲剂、安君宁微丸、玄夏脱瘾胶囊、参附脱毒胶囊、益安回生口服液等近10种戒毒药。昆明市公安局科研所和昆明市强制隔离戒毒所研制的香藤胶囊(原“6.26”戒毒胶囊)是开发比较成功的一种脱毒治疗中药,该药疗效好,安全,副作用小,取得了国家准字号药品的认证,并获得了国家发明专利,成为发展中草药戒毒临床应用替代外国进口药的成功示范,受到中外医学界、学术界的高度重视和充分肯定。

除了中药戒毒药,针灸治疗也是一种有益的辅助脱毒治疗方法,目前在许多戒毒场所都得到了一定的应用。

5)阿片类依赖稽延性戒断症状期的治疗

稽延性戒断症状是指吸毒者经过脱毒治疗后,在较长的一段时间内仍然会出现一些生理和精神症状,主要表现为顽固性失眠、焦虑烦躁、周身疼痛、疲乏无力、心境恶劣等。造成这种现象的原因是:阿片类药物依赖者经脱毒治疗后,随着外源性阿片类药物的逐渐消除,内源性阿片肽的合成及阿片受体数量的增加难以在短期内达到正常水平,所以在相当长的时间内会出现躯体、精神的不适现象。

治疗方法:

①脱毒治疗后,继续巩固治疗效果,根据个体的具体情况和症状进行对症治疗,适当调理。

②采取一些辅助治疗手段。

③不能在此阶段放松监管,脱离康复治疗。

6)苯丙胺类兴奋剂依赖的治疗

苯丙胺类兴奋剂依赖的治疗多为对症处理,需同时给予心理行为治疗。对于偶尔滥用苯丙胺类药物、尿检阳性,但无明显精神症状及功能损害的吸毒人员,无需特殊治疗措施,可视情况给予心理咨询或心理行为治疗。

①戒断症状的治疗

目前尚无可推荐的替代药物。一般来说,如能保证充足的睡眠和营养,大部分症状可在几日后逐渐消失,不需要特殊处理。部分吸毒人员在停药后出现较为严重的抑郁,可持续数周或更长时间,需密切注意,防范自杀。

第一,抑郁、乏力、渴求等症状严重者可使用抗抑郁药物,如5-羟色胺再摄取抑制剂(如氟西汀20—40mg/日口服、帕罗西汀20—40mg/日口服、舍曲林50—150mg/日口服);也可使用去甲肾上腺素和5-羟色胺再摄取抑制剂,如文拉法辛75—150mg/日口服;还可使用去甲肾上腺素和特异性5-羟色胺再摄取抑制剂,如米氮平15—30mg/日口服。若使用三环类抗抑郁药,如米帕明(丙咪嗪),则从小剂量25mg/日口服用起,逐渐增加到100—150mg/日口服。

第二,若吸毒人员出现幻觉、妄想症状,建议使用非典型抗精神病药物,如利培酮2—4mg/日口服或奥氮平5—20mg/日口服,也可用氟哌啶醇2—10mg/日口服,待幻觉、妄想症状消失后逐渐停止使用。

第三，谵妄者应进行系统检查以排除其他原因，如中枢神经系统感染、颅内出血、滥用其他成瘾药物或酒精等。

②急性中毒

急性中毒时需采取如下措施：

第一，将吸毒人员置于安静的环境，减少刺激。

第二，严密监测生命体征，维持呼吸、循环稳定，维持水电解质平衡，必要时给氧。

第三，鼓励多饮水，如口服滥用药物时间不超过4小时可行洗胃、催吐。

第四，酸化尿液以加快苯丙胺类药物的排泄，予氯化铵0.5g口服，每3—4小时重复1次，使尿液pH值控制在6.6以下。如果吸毒人员有高热、出汗、代谢性酸中毒，则不宜酸化尿液。

第五，可采用物理降温方法降低体温。

第六，若吸毒人员出现惊厥，则缓慢静脉注射苯二氮卓类药物，如地西泮10—20mg/次，必要时15分钟重复1次。静脉注射地西泮能导致喉痉挛或呼吸抑制，应做好气管插管准备。

第七，如出现严重高血压应警惕颅内出血，给予紧急处理，可使用酚妥拉明2—5mg静脉缓慢注射。

第八，兴奋激越、行为紊乱，可使用多巴胺受体阻滞剂如氟哌啶醇2.5—10mg肌肉注射，亦可用苯二氮卓类如地西泮10—20mg静脉缓慢注射。如出现锥体外系反应可使用抗胆碱类药物，如氢溴酸东莨菪碱（海俄辛）0.3—0.5mg肌肉注射。必要时可采取保护性约束。

第九，谵妄：可用氟哌啶醇控制兴奋、激越、幻觉、妄想等症状，剂量不宜太大，以免加重意识障碍。

第十，中毒程度极重者可采用腹膜透析或血液透析。

③精神病性症状

应首先将吸毒人员置于安静的环境中，减少刺激，给予充分安慰，减轻因幻觉、妄想所导致的紧张不安和冲动攻击行为。可使用抗精神病药物，如利培酮2—4mg/日口服或奥氮平5—20mg/日口服，也可使用氟哌啶醇2—10mg/日口服。兴奋躁动明显者可用氟哌啶醇5—10mg肌肉注射。注意苯丙胺类药物依赖可能导致多巴胺受体敏感性的改变，使用抗精神病药物易

出现锥体外系反应。在幻觉、妄想症状消失后应逐渐停止使用抗精神病药物。若在急性中毒期出现精神病性症状，处理时还应参阅急性中毒治疗的相关内容。

④情感症状

如情感症状持续时间不长或症状轻微可不必用药，否则应予相应的对症治疗。

抑郁：可使用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂等新型抗抑郁药物或三环类抗抑郁药物。

焦虑：建议使用苯二氮卓类药物，如阿普唑仑0.4mg口服，2—3次/日，应注意防止此类药物的滥用。如焦虑症状持续存在，可给予丁螺环酮、坦度螺酮等非苯二氮卓类药物。

2.心理矫治

心理行为治疗主要是针对吸毒成瘾者的心理依赖及其他心理行为问题进行干预和治疗，主要目的是预防复吸。心理行为治疗是毒品依赖治疗的重要内容。

(1)心理矫治的含义

心理治疗又称精神治疗，是指以临床心理学的理论系统为指导，以良好的医患关系为桥梁，运用临床心理学的技术与方法治疗吸毒成瘾者心理依赖的过程。心理治疗是心理治疗实施者对被治疗者的心理与行为问题进行矫治的过程。

(2)心理矫治的意义

吸毒是一个复杂的社会问题，个体吸毒的原因与生理、心理和社会都有很大的关系。人类社会至今也没有找到可以治疗心理毒瘾和精神依赖的有效药物，而吸毒者完成生理脱毒后短期内复吸的问题一直是困扰国际社会的最大难题。因此，吸毒问题在当今社会不是一个仅靠医药科技就能解决的问题，而是一个必须依靠多学科进行综合治理的社会问题，它包括了生理脱毒和医学治疗、心理治疗和心理康复、善后辅导和回归社会几个有机的过程。在目前毒品心理依赖问题没有什么有效解决办法的情况下，心理矫治方法不失为一种有效的精神依赖干预方法，因此，在淡化吸毒心瘾、预防复吸的措施中，心理矫治具有十分重要的意义。在戒毒这项艰巨的系统工程

中,心理治疗的作用是至关重要的。在戒毒人员生理康复之后,戒毒人员何去何从,是在心瘾的驱使下重新走上吸毒的道路,还是在心理治疗和社会辅导监督的帮助下坚定信心,远离毒品,重塑人生观念,踏上新生之路,这在很大程度上取决于心理治疗和社会干预的成效。

(3)心理矫治的基本方法[1]

1)动机唤起治疗

①应用动机唤起治疗的原因

动机是对所有引起、支配和维持心理与生理活动过程的概括。这个词语来源于拉丁语"mouvere",意思是"趋向于"。所有的生物有机体都会趋向于某些刺激而远离某些刺激。这是由它们的喜好和厌恶而决定的。作为人的活动推动力的动机,犹如物体运动的力的作用。人的行为与其动机是相一致的,行为总是在动机的指导下向一定的目标前进,并放弃其他的方向。动机越激烈,人的行为目标也越明确。

研究者一般将动机的来源分为内部和外部两类因素。外部动机是指外部的刺激和奖赏,它们与生理上的需要并无直接的联系。例如,如果一个人为酬金或奖金去做一件事,这些行为的动力都来自外部刺激,这种行为的动力称为外部动机。内部动机是指人的行动出自于自我激发。由于做某种事能引起兴趣,令人愉快,则无需外力推动,它本身就是行动者所追求的目标。科学事实和实践都说明,外部动机和内部动机在工作、学习和生活中具有重要意义,只有两者很好地结合才能对行为起到最佳的推动作用。

个体常常面对多种同样向往的情况,也可能面对多种同样厌弃的情况,这就要求个体必须在其中作出一种选择,由此就产生了心理冲突。冲突往往引起人们较为紧张和持久的挫折。只有解决了这些心理冲突,才能使人的行为顺利进行。内部动机和外部动机之间也会发生冲突,这种冲突是由于外在条件的限制使内部需要不能得到满足时产生的。如吸毒人员对欣快感的追求或戒毒产生的种种不适可诱导出吸食毒品的内驱力,但吸毒带来的各种负面影响、家人的希望、社会的教育也使吸毒人员希望摆脱毒品的束缚,由此产生了心理冲突。这时的心理治疗是强调动机唤起,帮助其选择正

[1] 蔡燕强:《戒毒矫治康复手册》,暨南大学出版社2006年版。

确的一方，这样就可坚定吸毒人员戒毒的决心。

同时，戒毒人员成功康复的障碍之一是无望感和消极被动心态。长期使用毒品对其心理、躯体都产生了很多负面影响，成瘾后又遭到社会的歧视，失去工作或遭到家庭遗弃，丧失亲情，自我价值感因此也在逐步丧失，他们不再有自尊。加上大多数戒毒人员每次戒断后又复吸，更会使他们产生极强的失望感，致使他们在依赖毒品的泥潭中陷得更深。尤其是在脱毒治疗期间，由于戒毒的需要，戒毒人员的自由受到一定的限制，与社会、家人隔离，再加上戒毒产生的戒断综合征和因为吸毒导致的各种生理疾病，往往会使戒毒人员丧失戒毒信心，处于消极被动的状态。特别是在强制戒毒场所的戒毒人员，他们被国家强制戒毒，戒毒的动机远远低于自愿戒毒场所的戒毒人员。面对无望感和消极被动心态，最重要的是激发起戒毒人员的希望，唤起戒毒人员戒除毒品的动机。

要唤起戒毒人员的希望，强化他们的康复动机，工作人员自己首先必须是一个充满希望的人，相信毒品是可以戒除的，然后再把康复的信心传达给戒毒人员。

②动机唤起治疗的方法与步骤

在戒毒治疗中戒毒人员内在动机的改变是促成治疗成功的重要因素。动机唤起疗法包含两个阶段：第一阶段是建立个案改变的动机，第二阶段是增强改变的决心。做法是引发戒毒人员自己说出他想改变，觉察吸毒对他造成了什么样的负面影响，并对他的动机予以肯定与赞赏。并非所有参与戒毒的人员都是心甘情愿的，即使是自愿戒毒这种模式，也有一些戒毒人员是由于已造成身体影响后被家人强迫而来的；在强制戒毒模式中，吸毒人员是被公安机关抓获后送来强制戒毒的，他们带有很强的抵触情绪。因此，阻抗的处理是心理治疗最先需要解决也是最重要的问题。在阻抗的处理上可通过身体检查结果使戒毒人员了解吸毒对身体造成的影响，或是促使他产生内在的矛盾，使他们了解到自己的期待与现实表现的差异，避免与他们争论，随着他们的阻抗而动。

第二阶段的工作是增强改变的承诺，可依据个案讨论改变与不改变的优缺点，预想有哪些阻碍改变的因素。

在治疗过程中，医护人员（管理人员）可从以下几个方面唤起戒毒人员

的希望：

第一，理解戒毒人员。心理医护人员（管理人员）对戒毒人员的心理给予理解是建立成功治疗关系的基础。医护人员（管理人员）需要对戒毒人员所说的话和感受进行反馈性倾听，能设想出戒毒人员的内心体验，并说出来和戒毒人员沟通，以此来引导他们表达出内心的感受，进而鼓励戒毒人员成为自己生活的主人。

第二，教育戒毒人员。戒毒人员的无望感有时来自他们对病情缺乏正确了解，他们所掌握的药物依赖知识可能是错误或狭隘的。医护人员（管理人员）应不失时机地为他们提供康复的准确信息，把药物依赖的问题解释成医学问题，而不是戒毒人员的人格问题，以此来维护戒毒人员的自尊和增强他们的康复信心。同时，需要明确告诉戒毒人员，有很多人像他们一样，他们的状态是可以改变的，参加康复活动能使他们获得康复的机会。

第三，澄清改变的理由。不断有规律地和清晰生动地提醒戒毒理由，明确2—3个主要理由，说明为什么戒毒人员应该停止使用毒品，如改善健康、重获家人的信任、恢复正常人的生活等。寻找戒毒人员每天有规律进行的一项活动，如每天运动一定时间，使戒毒人员思考停止吸毒的理由，以建立一种正性的想象，形成条件反射。

第四，发现改变的资源。医护人员（管理人员）自身必须相信所有的人都拥有希望，这种希望作为人的内在能力而引导走向康复。无论戒毒人员的环境发生如何恶劣的变化，医护人员（管理人员）都要用所拥有的内在和外在的资源来帮助他们，鼓励戒毒人员通过自己的观察和想象获得精神支持的力量，走向康复之路。

第五，发现点滴成功。医护人员（管理人员）应通过戒毒所获得的点滴成功体验，使戒毒人员相信自己有改变的能力，帮助戒毒人员寻找一些治疗目标。这些目标都应是具体和现实的，比如曾经戒毒成功的经验。

第六，强化康复动机。让戒毒人员思考"如果我停止使用毒品，会觉得如何"，使戒毒人员进行自我强化动机性陈述：陈述对问题的认识和吸毒行为的不良后果，表达对目前情况的担心，陈述改变的愿望，最后向戒毒人员表达对产生改变的可能性的乐观态度。

回想毒品对自己的身体、精神、家庭和社会带来了哪些危害，思考自己

的价值系统,使用毒品会对价值实现的影响,思考使用毒品对他人造成的影响,想象保持戒断的好处。

第七,信任戒毒人员。在治疗过程中,很多戒毒人员会故态复萌,这是一种很正常的现象。医护人员(管理人员)可以通过相信戒毒人员的潜力、力量和资源,信赖他们在努力康复,以此给予戒毒人员希望,使其获得心理支持。

如果一个戒毒人员对医护人员(管理人员)说"我是坏人,因为我吸毒",医护人员(管理人员)只是简单地回答他"你不是坏人,吸毒并不就是坏人",这是没有效果的。有时要像一个侦探那样,用健康的好奇心发现戒毒人员的闪光之处,即使是"你每天都梳头"这样的小事,都会让戒毒人员感到"我还有可取之处"。

③唤起希望的技巧

第一,为合适的目标而会谈

当戒毒人员渴求毒品时,他们的渴求并不是不可遏制的,他们之所以急切地想满足自己,是因为他们认为自己此时必须使用毒品。而医护人员(管理人员)要改变戒毒人员的这种观念,可以设计出一些当戒毒人员想用毒品时而可以不用毒品的办法,在戒毒人员使用这些办法后询问他们:"你一天都没有用药,你注意到这么做之后你第一件想做的事是什么?"

第二,发现例外

当戒毒人员有了变化时,变化就是例外。虽然开始治疗时发现变化会很难,但只要坚持下去就能一步步达到目标。医护人员(管理人员)要善于发现那些戒毒人员过去常常会出现但现在逐步消失的问题,医护人员(管理人员)可以这样问戒毒人员:"从什么时候开始过去的问题(如对药物的渴望)不存在了?不再成为你生活的主宰了?你的感觉有什么不同?"

第三,把问题量化

在治疗过程中准备一个表明戒毒人员不同状态的刻度尺,在这个刻度尺上,0 代表没有能力应付问题(如对药物的渴望),而 10 代表能成功地解决问题(如没有使用药物或其他代用品)。医护人员(管理人员)可以拿着尺子问戒毒人员:当你刚参加治疗时在哪个刻度?现在处于哪种状态?你有了哪些变化?目的是使戒毒人员看到自己的进步,建立起成功的信心。

医护人员(管理人员)不能作出不现实的许诺,比如告诉戒毒人员只要进了戒毒场所就能彻底戒除毒瘾,这就是不现实的承诺。医护人员(管理人员)要在现实条件下使戒毒人员认识到他们能做到什么,帮助戒毒人员看到疾病康复的可能性,比如告诉他们药物依赖是可以治疗、康复的;或者告诉他们出现复吸和药物渴求是正常的,怎样才能不用药。当戒毒人员接受了真实的希望后,才能发现自己拥有了逐步改变的可能性。

2)认知治疗

认知治疗就是改变吸毒人员的不良认知方式,帮助吸毒人员正确应对急、慢性药物渴求,强化吸毒人员的不吸毒行为,预防复吸。

认知就是人们对人与事物的看法,它与情感、态度、意志或动机等其他心理现象并行存在。虽然吸毒及戒毒是个体的外显行为,但这种行为必然受内部认知的认可、调节、控制,而这种调节控制能力的强弱,直接影响着对毒品的认识和摆脱心理渴求的决心和行为。

①吸毒人员对心理依赖的错误认知

吸毒人员有许多与不良行为有关的错误认知,如对毒品的错误认知,对吸毒行为的错误认知,对戒毒的错误认知,对家庭干预、法律干预、社会干预的错误认知等。只有找出具体的、明确的错误认知,然后以强有力的证据论证这一认识的逻辑错误,采取反复"诘难"的方法,才能使吸毒人员认识到产生错误认知的根源,放弃原有的错误认知,重新建立正确的认识。

吸毒人员对于心理依赖的错误认知主要有以下几种:

第一,将心理依赖视为不可逾越的鸿沟,对自己没有信心,夸大戒毒的难度,认为"心理依赖是克服不了的,戒毒没有希望"。

第二,自责,将戒毒的失败归咎于自己,自暴自弃。"好不容易戒了毒又吸了几口,一切都前功尽弃了,都是自己意志不坚定的结果。"

第三,"只有完全戒掉,才算成功。"其实戒毒是螺旋式上升的长期过程,复吸后只要不自暴自弃,坚持戒毒,依然有希望成功。

第四,轻言"进了戒毒所就能把毒戒掉,出来以后就没事了"。

第五,否定自己。"吸毒人员都是有罪的人,人格都已经变态。"

第六,自欺,不将心理依赖放在眼里。"少吸一点,不会上瘾。上瘾了也不怕,我的意志力强,不会形成心理依赖,想戒就能戒。"不少复吸的人都

这样说，本以为试一点点没关系，自己还是可以控制的，谁知道一试就停不了。

第七，不重视心理治疗，没有意识到心理依赖的顽固性。有的戒毒人员认为“戒毒主要依靠自己的意志，别人无法帮助，心理治疗也没用”。“‘心瘾’实际上就是自己意志不坚定，没什么难克服的。”

第八，轻信“我已戒了几个月，都没有毒瘾了，再吸一口不会上瘾”。

第九，否认个人错误的价值观念是导致吸毒的真正原因，总是说自己吸毒是因为上当受骗，听了别人的唆使。

②认知治疗方法

行为疗法在整个戒毒心理治疗体系中的作用不可替代。但是，这种疗法不关心人格、动机等内在的东西，存在一定的弊端。如果只局限于对吸毒行为本身的矫正，而不消除戒毒人员的认知问题，治疗的效果不会巩固和稳定。因此，在心理治疗过程中还必须以认知治疗等方法对行为疗法进行补充。

认知疗法是根据认知过程影响情感和行为的理论假设，通过认知和行为技术来改变病人不良认知的心理治疗方法的总称。认知是以思维为中心的心理活动，所谓不良认知是指歪曲的、不合理的消极信念或思想，它们往往会导致情感障碍和非适应行为。那些反复吸毒的人，都有不同程度的不合理的思维方式，存在着不负责任的“思维错误”，表现出大量内化的反社会价值观，缺乏问题解决技能和其他技能。治疗的目的在于矫正这些不合理的思维方式，从而使患者的情感和行为得到相应的改变。其基本理论是：行为和情感是由认知作为中介的，适应不良性行为和情感与适应不良性认知有关。心理治疗人员的任务是发现这些认知，并提供适当的方法或学习技术矫正这些不良性认知。不良性认知被矫正，将导致行为的改变和情感的变化。虽然认知治疗也采用行为技术，但是认知治疗的目标是改变认知过程，而不仅仅是改变某些行为。

第一，认知治疗的原则和方法

认知治疗具体有三种疗法：美国心理学家阿尔伯特·艾利斯（Albert Ellis）的认知疗法、艾伦·贝克（Aaron T.Beck）的合理情绪疗法和唐纳德·米切鲍姆（Donald Meichenbaum）的认知行为矫正法。

不同的认知治疗,强调不同的重点,采用不同的技术,但有许多共同的原则。

A.目标

认知治疗家认为错误的认知导致情绪困扰和行为适应不良。认知治疗的根本目标就是发现错误的观念及其过程并加以纠正。认知治疗要重点解决的是错误认知,而非改变患者的人格。

B.途径

在认知治疗对患者进行心理行为评估的基础上,因势利导地运用外部积极有益的事例,调动患者潜在的解决问题的能力,解决自身的问题,消除不良认知。

C.治疗人员与来访者之间的关系

认知治疗认为,治疗人员和来访者在整个治疗过程中必须达成密切合作协议。在治疗目的、达到目标所使用的方法以及治疗时间等方面都要共同制订计划,提倡医患关系的共同合作模式。

D.客观化

在实施治疗时,关键是使患者对自己和外部世界采取一种较为客观的态度,要设法使患者学会客观地看问题。

第二,认知治疗的目标

戒毒人员经过生理脱瘾的治疗对毒品的生理依赖已减轻或消除,情绪相对比较稳定。但吸毒行为本身暂时的消失并不是戒毒成功的标志,终身不吸毒才是最终的目标所在。

虽然吸毒及戒毒是个体的外显行为,但这种行为必然受内部认知心理的认可、调节、控制,而这种调节控制能力的强弱,直接影响着对毒品的认识和摆脱心理渴求的决心和行为。吸毒对个体的智力有明显的负面影响,采用相应的教育、管理措施促进个体的认知能力提高,消除不合理认知,在一定程度上有助于戒毒人员保持操守。

在康复阶段,认知治疗着眼于消除戒毒认知上的根源,纠正他们的错误认知,使戒毒人员在观念上划清是非界限,认清什么是对的,什么是错的;帮助他们克服非理性的自损观念和行为。同时,也运用大量的实用书籍、讲座、录音、录像、讨论会、示范等治疗技术,教会他们运用理性的思考方式去

取代非理性的思考方式;帮助他们以理性的思维方式树立积极的、能带来生存快乐的价值取向、追求目标和理想,用科学、理性、求实、灵活的思维方式来思考问题。最后,使之学会坚定信念,坚持和执行正确的认知,遗弃错误的认知,去追求长久的、真实的幸福,而不是短暂、虚幻的快乐。

第三,认知治疗在康复过程中的具体运作和治疗内容

A.认知治疗的步骤

一是找出与不良行为有关的错误认知;

二是寻找证据论证这一认知的逻辑错误;

三是通过反复"语难"改变负性自动思维,放弃原有的错误认知,分析错误认知的根源,重建新的正确认知。

常见错误认知:

例 1

错误认知:吸毒是高档人的享受。

教育者问:为什么?

戒毒人员答:因为吸毒是高消费,穷人是吸不起毒的,所以吸毒是高档人的享受。

教育者问:高消费者和高档人是不是一个概念?

戒毒人员答:……

教育者问:有许多科学家、文学家、军事家、哲学家、经济学家等名人志士都不吸毒,而大部分吸毒人员都有过蹲监狱和进劳教所的经历,请问,蹲监狱和进劳教所也是高档人的享受吗?

戒毒人员答:……

正确认知:吸毒是违法的,是低级行为,是人类社会所不容许的。

例 2

错误认知:吸毒是吸自己的,不用别人管。

教育者问:当你刚出生,生活还不能自理的时候,需要别人管吗?

戒毒人员答:当然需要,否则我就长不大。

教育者问:那你吸毒的时候为什么不需要别人管,难道说你自己能戒毒吗?

戒毒人员答:……

正确认知:人生的价值不仅仅局限于自己,还包括你所必须承担的家庭和社会责任。为了家庭,为了社会,也为了你自己,必须在别人的管理下把毒戒掉。

例3

错误认知:一日吸毒终身戒,所以不如不戒。

教育者问:慢性病终身不能痊愈,你为什么还要反复住院治疗呢?

戒毒人员答:……

正确认知:终生戒也要戒,最大限度地减少危害和损失。

B.工作形式

人员组成:一般按照小组的形式,每组要求配备一名治疗人员。小组的人数可根据实际情况具体安排。

座位安排:小组围坐成一个小圈,治疗人员也在其中。

时间:每次训练时间在两小时以内。时间太短,训练就不充分;时间太长,会产生厌倦情绪。

辅助材料:许多训练课程都需提供辅助材料,主要是对这次课程要点的总结。辅助材料也可提供一些个案讨论,提建议,写作训练等。

使用辅助材料必须注意:不要过早地将辅助材料交给戒毒人员,否则将影响大家的讨论;如果辅助材料很重要,尽管你肯定所有成员都能读懂和理解这些材料,但你还是应该高声朗读一遍;辅助材料不能取代讨论活动,花在辅助材料上的时间越多,讨论活动的时间就越少;通过小组讨论总结辅助材料的要点,使小组成员记住这些要点。

C.治疗内容

一是向戒毒人员说明一个人的看法与态度是如何影响其心情及行为的。

例如,著名的心理学家卡耐基在《快乐的人生》中写道:生活是由思想决定的。生活是否快乐完全取决于自己对人生、世界和事物的看法。有这样一个故事:有位老太太,两个女儿都出嫁了,大女儿家是卖雨伞的,小女儿家是开洗衣店的。老太太因此而天天为女儿忧愁。在雨天,担心小女儿洗的衣服晒不干;在晴天,担心大女儿的雨伞卖不出去,总没有不愁的一天,常常唉声叹气。有一天,一个人跟她说:“老人家,您好福气啊!下雨天,您大

女儿生意兴隆；大晴天，您小女儿生意好做，对您来说，哪一天都是好日子。”老太太转念一想，不由得茅塞顿开，从此眉开眼笑，生活得很开心。

的确如此，如果我们整天沉浸在快乐之中，所思所想都是快乐的事情，我们就能找到快乐；如果我们所想的都是悲伤的事情，我们就会悲伤；如果总想象一些可怕的事情会发生，我们就会满怀恐惧；如果我们的念头都是邪恶的，我们就会心神不安；如果我们害怕失败，结果就会失败；如果我们顾影自怜，人们就会像躲避瘟疫一样躲避我们。

二是帮助戒毒人员检讨他们所持有的对自己、别人及四周环境的看法，从中发觉与其吸毒、复吸有密切关系的一些“看法”和“态度”，并协助他们检讨这些看法和态度与一般现实的差距，指出其错误认知。

三是督促他们练习改变这些看法和态度，重建功能性的、健康的看法与态度，以便借助新的看法和态度来产生健康的心理与适应性的行为。

第四，改变对心理依赖的错误认知方式：ABC 理论及运用

A.合理情绪疗法与 ABC 理论

合理情绪疗法（rationalemotive therapy，RET）又译为“理性情绪疗法”，是帮助人们改善那些妨碍生活的情绪和思想的心理疗法。例如，人们遇到某种不愉快的事情、遭到失败或排斥时的体验称为“激动体验”（activating experience）。不同的思维过程会产生不同的结果。在不健康的思维之后，就会产生不合理的信念。这类不合理的信念最终会引起焦虑、抑郁、敌意等负性情绪状态。它们会妨碍个人在未来实现自己的愿望。相反，健康的思维过程中，激动体验会产生合理信念，这样的信念不会引起令人烦恼的情绪状态，它们会增加积极感情，也会将痛苦降到最低程度。

美国当代犯罪学研究者鲁道夫·亚历山大（Rudolph Alexander）归纳了十种认知歪曲的现象：

一是极端性思维。这种思维模式容易把事物极端化，容易认为事物非好即坏，不认为存在着可以不作好坏评价的中间事物或者灰色事物。二是过度类化。这种思维模式认为，个人的某一次消极体验会不断重复。三是选择性消极关注。这种思维模式会使人把所有的注意力放在几件消极事件上，忽视了大量存在的积极事件。四是淘汰积极者。在这种思维模式中，个人会因为一些理由而排斥或者不考虑积极事件，所想到的都是消极事件。

五是随意推论。这是指个人没有正当理论就得出消极结论或者任意结论的现象。六是夸大或者缩小。这是指个人夸大或者缩小事件的思维过程。七是情绪化推理。这是指个人把自己的情绪看成是事实的思维现象。八是应该陈述。这是指个人使用的命令性陈述,例如"我必须干这件事","我应该干这件事"。如果不进行这样的活动,个人就会产生犯罪感、压抑或者不满。九是标定或错误标定。这是指当个人感到自己不完美时就给自己贴上某种消极标签的现象。例如,"我是个失败者",而不是说"我没有抓住这一次机会"。十是人格化。这是指个人没有理由地将某一消极事件归咎于自己的现象。例如,个人因为某件与己无关的事情而谴责自己。

这些极端性思维在酗酒成瘾、药物依赖者中尤为明显。

ABC 人格理论是合理情绪疗法理论与实践的重点。A 代表一个事实、一个事件或者一个个体的行为或态度的客观存在。C 是个体的情绪和行为结果或反应,这一反应可以是健康的,也可以是不健康的。A(诱发性事件)并不导致 C(情绪结果)。相反 B(个体关于 A 的信念)在很大程度上引起了 C,即情绪反应。

这些不同成分之间的交互作用可以用图 4-1 表示:



图 4-1 不同成分之间的交互作用

ABC 理论认为人的情绪及行为源于人们的思想,而思想源于人的思维方式。当人们陷入情绪障碍时,是他们选择了这种情绪的取向。但是人们却常不明白这点,将自己的情绪归结到 A(诱发事件)上。诱发事件是个人不能完全控制的,但是人能选择自己的思维方式。信念及思想如果是合理的,导致的情绪与行为就是适度的;如果出现的是一些不合理的信念,便导致了消极情绪的产生。

关于不合理信念,ABC 理论认为有些人总是不断运用内化语言重复一些不合理的信念,这是有情绪障碍的药物依赖者的一个特征。那些他们持续不断地对自己所说的话往往就会变成他们的思想和情绪。

在A、B、C之后是D(辩论)。实质上,D是使用各种方法来帮助患者质疑他们的不合理认知,尤其是他们的极端化和自我贬低,说服自己摆脱它们,反其道而行之;最后学会从合理的认知中区分出不合理的认知,达到E,即一种带有实践意义的、有效的生活哲学;以健康的想法取代了不健康的想法,从而形成一种新的、有效的信念系统。如果成功做到了这一点,就创造了F,一组新的情感。

B.ABC理论在改变心理依赖错误认知方式中的应用

a.治疗人员的角色与作用

在使用合理情绪疗法时,治疗人员应当是主动性的、劝说性的和教育性的。治疗人员主要是采用一套强调教育的说服方法,有以下一些步骤:

首先,鼓励戒毒人员发现基本的导致吸毒和复吸的错误认知,使他们看到自己已经有了不合理的认知。

其次,展示这些认知是如何无效的以及它们是如何导致后来的情绪和行为障碍的。

再次,要求戒毒人员改变他们的思维和放弃他们的不合理认知。

戒毒人员常因戒毒失败而自暴自弃,要帮助他们理解自我责备过程的恶性循环。这也能够改变他们的自我挫败行为。

最后,使用一些认知、情绪和行为方法来帮助戒毒人员直接处理他们的情感和改变他们的障碍,建立一种合理的生活哲学,以使他们将来能够避免成为其他不合理认知的牺牲品。

b.具体运用

ABC理论将不合理的观点归纳为三大类:

一是人们对自己不合理的要求。比如回归社会的戒毒人员在遇到以前吸毒的地方时会出现条件反射,有一种想吸的冲动,便认为心瘾是无法控制的,情绪沮丧,产生了放弃的念头。

二是对他人的不合理要求。比如人们必须善待我,体谅我,以我希望的方式来对待我。因此一旦发现别人不是这样,便引起消极的情绪。

三是对周围环境及事物的不合理要求。只希望环境适合自己,自己却不能顺应环境。不合理的要求都有绝对化的要求及过分概括化的特点,所以在言语表达上多有"必须"、"应该"、"决不能"等字眼。

ABC 理论的应用方法主要是使戒毒人员学会认识自己的情绪，通过改变认知方式来控制不良情绪是保证他们保持操守的重要环节，使戒毒人员将自己导致不良情绪事件发生后的内化性语言写出来，看有多少是不合理的观点，并试着纠正这些观点，消除导致不良行为的负性情绪。

治疗步骤如下：找出以往生活中的受挫事件；记录当时的认知方式（找出存在着哪些不合理的观点）；确定自己当时的情绪体验；通过讨论等方式引导戒毒人员寻找合理的认知方式克服负性情绪；.确定应当采取的有意义的行动。

在治疗过程中，治疗人员可简明扼要地讲一讲合理情绪疗法的基本理论。这种讲解涉及与戒毒人员之间对不合理认知的争论，不能持"应当"或者"必须"的态度或者使用这样的语气。在治疗过程中，治疗人员要经常打断治疗对象，引导他们看到这些不合理的信念如何泛化影响戒毒人员生活的各个方面。治疗人员可以揭露、反驳治疗对象的辩解，但是应无条件地接纳治疗对象。换句话说，治疗人员反驳的是治疗对象的信念，而不是治疗对象本人。

治疗人员在治疗中可以使用能够帮助实现这个目标的任何技术，包括角色扮演、示范、读书疗法、讲故事、视听辅助教具等。其中，角色扮演涉及在治疗环境中联系新的行为（角色），即在其他情景中尝试这些行为之前，首先在治疗环境中练习这些角色；示范涉及模仿治疗人员演示的行为；读书疗法则可阅读有用的书籍，特别是一些戒毒自助手册。治疗人员可以布置作业，使戒毒人员联系所学习的内容进行练习。

3）行为治疗

行为治疗（behavior therapy）是根据条件反射学说和社会学理论而设计的旨在帮助人们改变不良行为的一种治疗方法，前文所介绍的自我管理方法也是行为治疗的一种。

对吸毒行为本身而言，行为疗法无疑是一种很好的矫正方法。从某种意义上说，吸毒行为本身就是一种变态行为，而且在导致这种行为发生的原因中，环境因素占据着很重要的地位。改变吸毒习惯、戒除毒瘾的关键之一就是改变环境条件、根除环境因素。而行为疗法不仅强调以行为为中心，治疗目标直指行为本身，而且强调环境等外在变量的作用，直接效果比较显

著。在行为疗法看来,人的一切行为(包括各种变态行为)都是通过学习获得的,导致这种学习的力量存在于环境中。如果一种变态行为(吸毒行为)能够得以持续,环境中必有维持它存在的条件。那么,心理治疗的主要工作就是分析哪些条件导致变态行为的获得与维持,然后考虑怎样重新安排这些条件来消除变态行为。可见,行为治疗的宗旨与戒毒的宗旨不谋而合。

行为治疗的基本假设是:与各种适应性行为一样,非适应性行为同样是习得的。也就是说,人是通过学习获得了非适应性行为的,正如吸毒行为也是通过对外界的模仿而习得的。由此,人也就可以通过学习来消除那些习得的不良行为和非适应性行为。吸毒人员的变态心理和行为,也是在具体的生活环境中通过条件反射形成和固定下来的。因此,可以针对吸毒过程中的特征,设计与之相符的情景和治疗程序,根据戒毒人员的行为、心理的改变情况,分别给予惩罚、奖赏等不同的强化和行为塑造,使戒毒人员通过学习和训练消除变态行为和心理,从而展开心理治疗过程的第一步,如自我管理。

在戒毒的后期康复中,环境起着很重要的作用。许多已经消除生理依赖的人,在重返社会后却因重入旧环境而再次堕入吸毒的深渊。所以,在康复期和回归期的心理治疗中,若能模拟外界环境,通过行为疗法,不断加强戒毒人员抵制外界环境诱惑的心理能力,那么行为治疗将会发挥更大的作用。

对戒毒人员实施行为疗法时,治疗人员应按照治疗方案对患者给予指示、示范、控制刺激和强化。在这个阶段中,容易出现的问题是在离开治疗室的时间内戒毒人员本身和周围的人不能按照治疗的要求去做。因此,在制订方案实施治疗时,对于自愿戒毒的人,要同他本人及家人、亲友协商,共同完成治疗计划。对于强制戒毒和劳教戒毒的人,必须与直接管理戒毒人员的干警协商,得到他们的支持,把实施步骤和要求向他们作详细的说明,并且在执行治疗的过程中随时注意戒毒人员是否在按要求作出适当的行为。在治疗期结束后,还应适当进行随访,不定期地了解情况,考察治疗所取得的进步是否得以保持,这样,就能够了解戒毒人员在经过治疗后是否取得了进步,在自然环境中是否也能够保持操守,是否能够由治疗的环境迁移到现实的生活环境。这样,将非常有助于疗效的巩固。

以下针对戒毒人员的心理状况，重点介绍厌恶疗法、自我控制法和代币疗法（正强化治疗）。

①厌恶疗法

第一，厌恶疗法的概念和原理

厌恶疗法又称“对抗性条件反射疗法”，它利用回避学习的原理，把令人厌恶的刺激，如电击、催吐、语言责备、想象等，与求治者的不良行为相结合，形成一种新的条件反射，以对抗原有的不良行为，进而消除这种不良行为。厌恶疗法的特点是治疗期较短，效果较好。

厌恶疗法的形式主要有下列三种：

第一种是电击厌恶疗法，即将求治者习惯性的不良行为反应与电击连在一起，一旦这一行为反应出现就予以电击。电击一次后休息几分钟，然后进行第二次电击。每次治疗时间为 20—30 分钟，反复电击多次。治疗次数可从每日 6 次到每两个星期 1 次，电击强度的选择应征得求治者的同意。

第二种是药物厌恶疗法，即在求治者出现对成瘾、物质的欲求和渴望时，使其服用催吐药，产生呕吐反应，使成瘾、物质与恶心的反应建立在一起，从而使服用成瘾物质的行为反应逐渐消失。

第三种是想象厌恶疗法，即用想象中的厌恶反应代替真实的电击或催吐药，使求治者通过想象，将自己不适应的行为或冲动与那些自己讨厌的情景联系起来，从而产生厌恶反应，以达到治疗目的。此法操作简便，适应性广，对各种行为障碍疗效较好。

例如当戒毒人员出现想再次吸毒的欲望或行为时，可以让其闭上眼睛，想象面前站着一个高大警察，面孔冷峻，手里拿着镣铐在盯着他；或是回忆过去被强制戒毒、被一些亲友疏远的场面，以达到减少与控制此种适应不良行为的效果。

运用厌恶疗法进行治疗时，厌恶性刺激应该达到足够强度，通过刺激能使求治者产生痛苦或厌恶反应。另外，要求求治者在选择治疗后，主动配合，当治疗有进步时要及时鼓励，必要时最好取得其家人的配合，这样效果会更好。

厌恶疗法会给求治者带来非常不愉快的体验，因此必须慎用。施治者在决定采用此法之前，务必向求治者解释清楚，在征得求治者的同意后，方

可进行治疗。在治疗中，要十分重视治疗的安全性，防止医疗事故的发生。

第二，厌恶疗法的应用

在戒毒治疗中，厌恶疗法就是要使吸毒人员由看到毒品就想吸毒的情况，变成看到毒品就引起痛苦的反应，久而久之形成对毒品不再有兴趣、不想再吸毒的反应。具体措施是在治疗人员的看护下，对那些毒瘾发作者区分程度地不给或少给予戒毒治疗，使他们经历毒瘾发作时的身体痛苦，以使他们把这种痛苦的反应与吸毒行为联系在一起，从而产生对毒品的厌恶疏远反应。有条件的还可以借助录像设备将发作的场面记录下来，在戒除毒瘾、处于康复阶段时，再让他们观看录像，不断强化他们对那种痛苦的体验，同时给予激励教育。经反复训练，吸毒人员就会在毒品的刺激前（看到、听到或闻到毒品），把吸毒行为、毒品和身体的巨大痛苦联系起来，从而产生回避毒品的行为。

引起厌恶反应的刺激有很多。利用痛苦回忆和毒品相联系属于“内隐敏感训练”，它是用想象厌恶刺激来代替真实的刺激。这种想象厌恶刺激可以通过多种途径来诱发，如可利用书本、报纸杂志、广播电视、图片展览、吸毒人员的报告会等多种手段，有意识地引导吸毒成瘾者回忆和想象吸毒所导致的身心痛苦的场面，从而强化他们对吸毒产生的恐惧感和厌恶感。

除想象厌恶刺激外，厌恶疗法在实际中运用更多更广的就是运用真实厌恶刺激，这些真实厌恶刺激通常是利用电击、化学药物等方法来引起厌恶反应，主要是针对那些已经戒除了生理毒瘾，但依然有心理依赖的人使用。

在运用化学药物的治疗中，可以先给戒毒人员服用催吐剂。在药物即将生效前，把毒品放在他面前，让他接触毒品，引起他想吸毒的欲望和感觉。此时，药物生效，吸毒人员想通过吸毒达到的快感被恶心、呕吐这些令人厌恶的生理反应所代替。这样，经过反复训练，吸毒人员就会在吸毒与身体的恶心反应之间建立条件联系，从而回避吸毒行为。运用电击的手段也是相同的道理。在吸毒人员想要吸毒时，给予电击，使毒品与电击的感觉之间建立条件联系，从而达到使吸毒人员回避毒品的目的。

第三，操作范例

A.程序：预备工作：针筒、氨水、电击仪、口哨；具体方式：10 名戒毒人员围坐一圈，一名戒毒人员背对圈子，手持口哨。吸毒工具在这圈戒毒人员手

中快速传递，停留时间不得超过两秒钟。当口哨响时，辅导员手持氨水瓶，递到手持吸毒工具戒毒人员的面前。若有人延长手持吸毒工具的时间，可以给予电击。

B.原则：通过将吸毒人员暴露在与吸毒相关的环境中，同时施以厌恶剂或电击，使其产生恐惧感，从而使心瘾逐渐减小。

C.要点：防止造成伤害；时间控制在30分钟以内；有严重躯体疾病者不得参加此项训练；吸毒是一种习得的条件反射，因此可以用厌恶疗法来破坏这种不良条件反射，使戒毒人员不仅得不到欣快感，反而产生令人痛苦的体验，从而使心瘾、逐渐消失。

②自我控制法

第一，自我控制的概念

自我控制（自制力）是个体抑制自己的冲动，从而寻求更大目标的心理历程。自我控制是一种自我克制、自我约束的能力。它表现在能够及时、适度地支配、控制自己的行为和情绪，不做有损自我和他人、社会的事情。

缺乏自制力者表现为放任与怯弱。放任表现为随心所欲，难以抗拒拖沓、动摇和懒惰，任由消极情绪强烈发泄。怯弱则表现为一遇到情况变化便乱了分寸，难以一如既往地坚持下来，遇事不顺则避而求其次。

自制力是人的理性力量的体现，是个体调节主观的我和客观的我、调节个体与外界环境的极为重要的心理品质。如一个人缺乏自制力，则其行为是围绕着本能而进行的，这样则很难适应环境，自然就造成许多个人问题。

第二，自我控制能力形成的条件

心理学家认为个体自控能力的形成必须具备两个条件：

一是价值的内化，即个体赞同和认可合乎社会规范和道德标准的价值观，并认为根据这种价值观来控制自己的行为是积极的。比如说，戒毒人员可以通过法制、法规的学习，通过价值观的纠正，真正意识到自己的吸毒行为是一种害人害己更害国的行为，自己决心遵守国家法律法规，彻底与毒品决裂。

二是掌握控制自己行为的技能。所涉及的便是控制自己行为的技能和如何控制自己负性情绪的问题。情绪常常是导致冲动行为的扳机，因此，要控制自己的行为必须学会控制自己的情绪。

第三,"自我效能"观念

"自我效能"观念是美国心理学家班杜拉提出来的,它是个体对自己的组织、执行行动能力的判断与信念。它是个体自身潜能最有影响力的主宰,它在人们作出选择决定时,发挥核心作用,是一种激发个体为达到目标付出持久的努力、不怕困难与失败、力图实现成就目标的能力。

吸毒人员如同其他生活中的失败者一样,他们的自我效能显然是低的。面对毒品和一些明知有害的生活方式,因为自我效能低,吸毒人员无法为了使自己恢复到正常生活轨道而延缓即时的原始的满足。所以要延缓这种即时的欲望,就要在作出重要选择之前用种种方法来激发自我效能。

自我效能是从以下方面总结出来的:a.自己成功的经验。b.替代的经验(别人成功的榜样作用)。c.切合实际的、鼓励性的和积极的语言。d.平静的生理状态。激发自我效能可以先使情绪平静,促使理智的成分上升;可以通过回想自己以往克制自己、克服困难后取得成功的经验,增强自信;可以通过替代经验,想一想同辈中能够成功戒毒、保持操守的人,以勉励自己;还可以反复地背诵自己或戒毒康复集体的信条;也要学会转移自己的注意力。这些都是增强意志力,尤其是增强自制力,延缓即时满足的可操作性训练。

第四,吸毒人员的自制力

在研究吸毒人员的特点时发现,吸毒人员的主要心理问题之一就是自制力差。他们如同儿童一样只注意眼前的事物,注意以外界刺激因素为主的寻求快乐方法,而对那些自我探索、自我实现、自我决定的方法却没有学会。加之吸毒人员的性格情绪不稳定、易冲动,更加剧了他们自我行为的失控。正因为如此,虽然他们并非不知道吸毒的种种危害,却因不能延缓那种急于获得快感的欲望而一次次屈从于毒品。他们的放任与怯弱,令他们自己明知这样下去会毁灭自己也毁灭家庭,却一次又一次地放任了自己;明明是下定决心想摆脱毒品,却总是无法抵御毒品的诱惑,在生活的其他方面也因此无法适应社会而导致失败。

第五,自制力训练

在与不少吸毒人员的接触中发现,他们的心理水平仍然停留在很幼稚的阶段,很多人几乎从来就没有想过为了让自己变好应该主动做些什么,有

的甚至根本没认真想一想脱离了毒品对自己究竟有多大的意义。他们嘴里讲的、心里想的只是他眼前的兴趣,如何"追女仔"、如何"赌波"、如何去"泡酒吧"。他们对别人斗殴津津乐道,对街谈巷议兴趣十足,谈不上自己的长远计划,对自己的行动、感受、现状、将来似乎没有认真地思索过。所以,启发每个戒毒人员进行思索常常是提高自制力的第一步。对于戒毒人员来说,学会增强自我控制力,学会延缓满足,是帮助自己成熟,坚持操守,继而增强自己意志力的一个重要的因素。

A.方法

通过训练使戒毒人员了解什么是意志,什么是自制力;检查自己以往的表现,了解延缓自己即时欲望的满足对保持操守的作用,从价值观角度入手增强个人的自控能力。

一是了解有关自我控制及自我效能的理论。

二是让戒毒人员回忆以往错误行为前的情绪和想法。

三是角色扮演:当面对欲望时,怎样用以下方法延缓自己的欲望。

* 想象使用药品的不良后果和保持戒断的好处。

* 想想其他的事情。

* 鼓励自己:回忆自己已经取得了哪些成功。

* 告诉自己是经过多少努力、花了多少时间才走到现在的。

* 改变环境:我可以离开这里或者做其他的事情;思考我可以到哪些地方去。

* 与他人交谈:寻求帮助和支持,思考可以与哪些人交谈等。

四是讨论各自的方法是否好,是否有更好的方法。

B.程序

a.基础理论

* 意志力及意志中很重要的因素:自制力。

* 从"控制冲动的糖果实验"故事,询问并由戒毒人员理智地讲述自己觉得哪一种更好;自己与不成熟的孩子比较,以往的行为到底是成熟还是不成熟。问一问自己下面的问题:我究竟想要什么? 我对将来有没有长远的打算? 脱离毒品、坚持操守能给我带来什么?

* 什么是自我效能,自我效能从何而来(双趋冲突出现时的情绪反

应）。

身体讯号：	思想讯号：	行为讯号(c)：
呼吸急促	我没法控制自己	面部表情极不耐烦
心跳加快	我希望他别站在这里	急忙找衣物
出汗	我无法忍耐了	大声而急速讲话
面部肤色变红发热	死就死啦	打断对方的说话
肌肉紧张，手发抖	别人也会偷吸	
声调变高，语速加快	只这一次，以后再改	

b.平息自己的情绪

* 做深呼吸（腹式呼吸）10—20 次。
* 让自己先喝一杯凉开水（分为 20 口慢慢吞下）。
* 拉紧及放松全身的肌肉数次（参考渐进松弛法）。
* 转移注意力，先去做些别的事，告诉自己等一下再处理。

c.角色扮演

每小组进行，轮流扮演自己用什么方法来延缓欲望的满足。组员们可以提供帮助和作正面的评论。

【背景】今天下午两点半要上课，现在已经是 2 点钟了，但是 2 点 20 分开始电视将有一场精彩的足球比赛。

甲、乙、丙、丁四个人自由选择想看电视还是上课。如果现在知道不上课有可能会影响下一次的考试，而且规定不能缺课。

甲、乙、丙、丁四个人自由选择想看电视还是上课。如果大家都明白必须上课而心里又实在是想看这场球赛，你用什么方法来延缓自己的欲望。

【背景】你离开戒毒所回家，看到往日用的打火机等物品，心中突然冒出了一股强烈的想再吸一口白粉来了却心愿的冲动，你用什么方法来克服这种冲动？一时冲动之下可能破坏自己的操守和对自己的承诺。如果能延缓冲动，理智地决定，深受白粉毒害的每一个人，相信都会选择远离白粉。

甲、乙、丙、丁中一个人扮演这个有冲动的人，其他人旁听他的想法。

大家帮助他出主意想办法，补充延缓欲望的方法。

d.总结

总结各人所用的方法中，哪些属于自己成功的经验，哪些用了替代的经

验，自己用了什么激励自己的语言及信条，用了什么方法令自己的生理状态得到平静。

本部分的反馈资料：各人以往双趋冲突时的表现；小组角色扮演的记录与讨论结果。

③代币疗法（正强化治疗）

代币疗法（token economy）又译为“标记奖酬法”、“标记奖励法”、“代币管制”、“代币方法”，是在斯金纳的操作条件反射理论，特别是条件强化原理的基础上形成并完善起来的一种行为疗法。它通过某种奖励系统，在患者作出预期的良好行为表现时进行奖励，即予以强化，从而使患者表现的良好行为得以形成和巩固，并代替某些不良行为。

代币作为正性强化物，可以用不同的形式表示，如用记分卡、筹码和证券等象征性的方式。代币应该具有现实生活中“钱币”那样的功能，即可换取多种多样的奖励物品或患者感兴趣的活动，从而获得价值。用代币作为强化物的优点在于不受时间和空间的限制，使用起来极为便利，还可进行连续的强化；只要患者出现预期的行为，强化马上就能实现；用代币去换取不同的实物，可满足受奖者的某种偏好，又不至于降低追求强化（奖励）的动机；并且在患者出现不良行为时还可扣回代币，使正性强化和负性强化同时起作用，从而造成双重强化的效果。代币治疗不仅可用于个体，而且可在集体行为矫治中实施。这种治疗方法是在监狱系统和劳教系统得到最广泛使用的行为矫正方法。

代币疗法的基本原理是十分明确的。如果戒毒人员希望得到优惠的权利和物品，就必须用分数来换取；而分数只能通过良好的行为表现来挣得。因此，戒毒人员在获取分数和优惠权利、物品的过程中，逐渐形成能够在更大的社会环境中应用的行为模式。人们必须用自己的行动去满足自己的需要；为了自己需要的东西而进行储蓄是非常重要的；迟一些获得满足往往是获得更大满足的最好办法。

第一，使用代币疗法的具体步骤

A.确定目标行为

在使用代币疗法时，首先要对戒毒人员的矫正目标进行全面分析，明确通过使用行为矫正的方法应当增加的目标行为。在确定目标行为时，要尽

可能地将目标行为具体化,明确在戒毒人员日常生活的多方面都需要加以鼓励和强化的那些良好行为。

B.制定具体目标

在确定了需要强化的良好行为之后,要进一步确定这些目标行为的操作标准,规定每种目标行为的具体操作定义,以便戒毒人员能够按照这些操作定义指导自己的行为,尽可能地改善自己的表现,实施目标行为。这样,确立了一日之内在吃、穿、住、行等各方面必须达到的具体的、可以操作的行为目标,就使戒毒人员在日常生活的每个环节上都有章可循,有明确的努力方向。

C.确定强化规则

在确立了努力的方向之后,就要确立促使他们努力的强化规则。对此,应当考虑以下三方面:

一是确定合适的"代币"。代币疗法的显著特点就是使用可以看得见的代币来鼓励戒毒人员进行所期望的良好行为。因此,确定合适的代币是很重要的。在矫正系统中,所确定的代币应当具有简便易行、醒目具体、保障安全的特点。例如,代币应当便于使用,能够清楚显示戒毒人员所取得的成绩,不会危害监管安全。最常使用的代币可能是分数、红星、小红旗、卡片等。

二是确定代币的兑现规则。代币仅仅是一种象征,它们只有转化为实际的奖赏,才能使戒毒人员获得实际的好处。因此,要确定将代币兑换成实际好处的具体规则,确定获得每种实际好处的兑换率,例如,使用多少分数可以获得某种实物,多少分数可以折抵一天的工作等。这类可以通过代币获得的实际好处,通常称为"后援强化物"。同时,还要确立有关代币兑现时间和地点方面的规则,即获得一定数量代币的戒毒人员在什么时间、什么地点可以兑现代币。

三是确定行为强化规则。在制定强化规则时,要明确规定某种目标行为可以获得多少代币,只有为不同的目标行为确立具体的代币强化措施,才能调动戒毒人员进行良好行为的积极性。同时,要确定如何评定戒毒人员行为和给予代币的规则。

D.评定戒毒人员的行为

根据所制定出的行为标准和强化规则，由治疗人员每天对戒毒人员的行为表现加以评定，做好记录，并且将评定结果用分数、小红旗等代币加以体现。

E.实现兑现代币

治疗人员可以根据戒毒人员的情况，按照每周、每月、每季度等时间间隔兑现戒毒人员获得的分数、红旗等，将它们转化为戒毒人员需要的日常用品、食物、优惠权利（如看电视、看文艺书籍、探亲、减少隔离戒毒期限等），使戒毒人员能够通过良好的行为表现获得实际的好处，并且通过这些好处（正强化）巩固他们学会的行为方式和价值观念，从而达到矫治戒毒人员行为的目的。

第二，使用代币疗法的注意事项

从心理学的角度来看，为了有效发挥代币疗法的行为治疗作用，应注意以下几个方面：

一是分析、诊断应当准确。在使用代币疗法时，首先应当知道需要鼓励戒毒人员表现哪些良好行为，并把这类行为确定为目标行为，鼓励戒毒人员进行这类目标行为的治疗活动，这样才能有的放矢地进行治疗活动。

二是治疗目标应当具体、有效。治疗目标应当具体，内容应当十分详尽，从戒毒人员的吃、穿、住、行，到言语、学习、劳动、卫生等各个方面，都应当有可操作的具体指标。同时，所确定的治疗目标必须能够有效地改变戒毒人员的不良行为习惯，最终能够达到矫治戒毒人员的目的，而不是为了追求形式。

三是代币强化要及时迅速。应当在戒毒人员出现良好行为时，尽快向戒毒人员发放代币。而且，也应当在较短的时间间隔之内兑现代币。这样，就可以在良好行为与行为奖励之间建立起条件反射联系，促使戒毒人员产生更多的良好行为。

四是治疗过程公开化。应当把治疗目标、强化规则、行为评定结果、代币兑现等公开化，使可以参加代币疗法的每个戒毒人员都能知道这些内容，明确努力的方向和目标，避免进行可能导致惩罚的行为，逐步形成自觉遵守行为规则的习惯，养成符合需要的行为模式。为了使矫正活动公正，代币疗法的每个工作环节，都应让戒毒人员参加，如让戒毒人员参加对其行为的评

定工作；对评定结果有异议时，戒毒人员可以通过正当途径表达自己的看法；行为评定的结果可以让戒毒人员和治疗人员一起标示在记分板上等。

五是代币疗法的主要目标是鼓励良好的行为，因此，一般不涉及对不良行为的惩罚问题。但是，如果在治疗过程中戒毒人员不断出现不良行为，而且这些不良行为与治疗人员所期望的目标行为相对抗的话，可以考虑采用"反应代价"程序，即如果戒毒人员出现不良行为的话，则扣除相应的代币。当然，对于"反应代价"程序，也应该有明确具体、公开展示的操作性标准，例如，出现什么样的不良行为，就会失去多少代币等，这样就可以警示戒毒人员避免出现不良行为。

4）个体心理治疗

个体心理治疗，是相对于集体心理治疗而言的，是以单个病人为对象的心理治疗，大多数传统心理治疗均采用该形式。

按照心理学理论，就诊者个体的疾病或遇到的心理问题，无论是先天素质问题还是后天生活遭遇及心理个性发展的历程，均具无可置疑的独特性。个别心理治疗的形式有利于深入了解患者的具体心理症结，使干预及帮助具有较强的针对性。再则，个别治疗的场合会有利于就诊者畅所欲言，尤其是涉及不便公开的个人隐私时最为适合。因此，将就诊者视为不同于他人的独一无二的个体，便是该类治疗的初衷。个体治疗门类繁多，在治疗原则上有下列共同之处：

①观察、倾听以及交谈三要素是治疗的基本方法。

②良好的医患关系是取得疗效的基本保证。

③使患者恢复信心是治疗的重点。

④治疗人员仅起参谋、引导或中介者的作用，而不是包办代替。

⑤使患者情绪释放或疏泄是缓冲应激的常用策略之一。

⑥使患者自我认识和解决自己的问题是治疗的主要目标。

心理治疗的基本原则和不同流派的治疗技术都可用于对药物依赖者的治疗。在治疗中，应注意把心理治疗的基本知识与药物治疗中出现的一些特殊情况结合起来，还要对患者自我控制的丧失和药物的"生物—心理—社会"影响有深入的了解。首先，医护人员（管理人员）要对患者所滥用的药物知识有所了解。对治疗人员而言，熟悉常见成瘾药物的主要作用、病人

获得药物的途径以及典型的滥用方式等对治疗的有效进行非常重要。其次,患者的精神状态可能因不同情况而发生显著的变化,如在成瘾阶段、生理戒断阶段或处于这两者之间的中间状态。因此,治疗人员必须根据患者所处的不同阶段,判断患者目前的情绪状态是由哪些方面的因素引起的,进而进行相应的辅导和治疗。此外,还有一个值得注意的问题,就是有些患者同时合并使用多种药物,如可卡因和酒、苯丙胺和镇静剂、海洛因与可卡因、苯丙胶或酒精等。具有合并用药的患者治疗起来相对困难,因为患者除了受几种药物的影响外同时一般还有精神科的问题。

5)集体治疗

①集体治疗方法

集体治疗是指将病情类似的患者集合在一起进行的心理治疗。在戒毒矫治系统中,集体心理治疗就是指在心理治疗人员的引导、启发与帮助下,将戒毒人员组成治疗小组,定期集会,用各种心理治疗技术帮助戒毒人员逐步摆脱对毒品的心理依赖,并恢复正常心理。用于戒毒者的集体心理治疗方法包括经修改的集体心理分析疗法、集体人际间疗法、集体格式塔治疗、集体理性情绪化治疗及心理剧等。除专门的集体治疗方法之外,还往往把个别心理治疗方法当作集体治疗方法使用,最常见的是集体治疗技术及指导性群体互动,这是现实疗法的一种变化形式。

因为是由有着同样问题的病人组成治疗集体,在进行集体心理治疗时,参加治疗的矫治对象一起讨论他们共同存在的问题。专业治疗人员组织、指导他们进行互动性活动。成员之间的交流与交往,能使集体成员产生一种共同归属感,能促进相互理解、认同和接受。这对于战胜因吸毒而引起的孤独、羞耻、内疚等情感有重要的作用,有利于理解吸毒对他们生活的影响,加强对自己和他人情感和反应的理解,学会更健康地交流他们的需要和情感等,增进人际沟通能力。集体可提供积极的同伴压力,提供社会支持,帮助患者树立乐观和希望,互相交流学习的成功信息和经验。集体还可提供模范作用,根据来自集体的信息反馈来调整自己的情绪和修正自己适应不良的行为,促进吸毒人员形成健康的行为方式。定期参加集体治疗,也可使治疗人员和其他成员注意到早期复发的症状,并采取相应的措施。从治疗人员的角度来看,集体治疗因更加节约时间,所以效率更高、更加经济。由

于上述集体治疗的一些优点，一些精神科医生认为集体心理治疗是对药物依赖者较好的一种心理治疗方法。

药物依赖人群是一个特殊的群体。在这个群体中，有相当一部分人具有人格和行为方面的障碍，还有一部分人同时伴有精神障碍，集体治疗要适应这些病人的特殊需要而进行调整。参加集体治疗的人首先要进行一段时间的准备，其目的是增强治疗动机，减少潜在的退出，消除对治疗的恐惧和阻抗，提高自我感知。在这个阶段治疗人员要肯定求助者的求治动机和已有的心理准备，鼓励他们保持开放的态度，建立对治疗的乐观和客观的期待，然后介绍治疗的目的、内容和集体治疗的益处，明确必须遵守的治疗规则以及治疗中可能遇到的问题。

②TC 康复模式

治疗集体（Therapeutic Community，TC）又叫治疗社区，是社会干预的一种常见形式。治疗集体是运用集体治疗方式对吸毒人员进行心理干预的一种常见的、著名的模式。以药物滥用者为对象的 TC 最初于 1958 年创建，名为锡南农村，此后又相继建起日顶村（Daytop Village）、凤凰村、奥德赛村等 TC 组织。其中日顶村是 1963 年在美国纽约州创建的，是当今最成功的 TC 组织之一。“云南戴托普药物依赖治疗康复中心”就是美国日顶村的合作机构。

治疗集体（TC）将精神病学、行为科学、社会学和心理学等多学科综合运用到心理治疗中，让自愿戒毒者在一个特定的环境内居住半年到一年。它强调所有接受治疗者同吃、同住、同学习、同劳作，共同遵守规章制度，相互帮助、相互鼓舞、相互监督、相互约束、推崇诚实、共同进步。依靠集体的力量，使成瘾者抛弃毒品，促进他们发展和成熟，停止反社会行为，提高社会适应能力与劳动就业能力。

第一，TC 的特点

a.所有成员居住在同一生活环境中，朝夕相处。

b.要求所有成员遵守一定的行为规则，有一定的生活规律。

c.以心理治疗为基础开展多种相关活动，既关心居住者生活中的问题，又关心内在的情绪。

d.遵循等级制度，等级不同，身份、地位、责任及权利均不同，每个人沿

等级逐步上升，直至毕业。

e.在共同生活的环境内，执行明确的奖惩条例。

f.培养成员的归属感，培养亲社会的态度和情感，为重返社会作准备。

第二，TC 模式的管理方法[1]

a.入住方式

首先做好院前辅导，遵循“双向”选择的原则，不得勉强收治。签订“协议书”，交清治疗费，在费用上遵守一视同仁的原则。然后接受身体和物品的安全检查。坐规定时间的“观察椅”，然后“接诊”，“接诊”一般由 5—6 人组成，由工作人员和不同层面的家庭成员参与。了解病人的身体状况及家庭情况，挖掘当事人内心的痛苦，承担起对家庭、社会的责任，帮助他们初步完成由“要我戒”到“我要戒”的思想转变。然后向病人配 1 名“老哥”或“老姐”，给予生活上的照顾和学习上的帮助。

b.治疗模式

TC 之家的工作人员既是治疗者，也是管理者。成员在完成躯体脱毒的过程中，还以不同的角色参与家庭管理，并接受 TC 中的行为、心理、生存技能等方面治疗与训练，通过自助互助，以促进个体人格的成熟与转变。

c.激励机制

TC 之家有严格的等级制度，奖罚分明。由低到高分为四个组：清洁组、厨房组、事务组、激励组。职务有领班、组长、协调员。凡住满 1 个月，表现良好者，可获得“特权”。治疗到第 7 个月免交治疗费和生活费。住满 1 年以上者，考核合格，可转为社区工作人员。

第三，TC 模式的优越性

a.对家庭、社会的危害减少

目前，在强戒和劳教场所，吸毒者是被当作违法人员看待和强制管理的。大多吸毒者从这些地方出来后，抱着“我在里面受了多大的罪，我就要在外面享多大的福”，“你不让我吸，我偏要吸”的观念。对家庭、社会的攻击性越来越强，不但消耗国家大量的人力、物力、财力，而实际效果却很差。

---

[1] 罗俊明、邹晓敏、宋娟：《TC 治疗模式在戒毒所中的运用》，《中国民康医学》2006 年第 7 期。

TC 是家庭氛围的治疗模式，社区成员以兄弟姐妹相称，提倡负责任的关心和爱，强调先学做人后戒毒的观念。通过行为干预，提高认识，由“信条”指引产生积极向上的价值观，TC 成员其言行举止、对生活的态度及反社会人格较治疗前有明显提高。目前 TC 之家所用的冰箱、消毒柜、空调、洗衣机、军大衣、挂衣柜等，都是家庭成员重返社会后无偿捐献的。节假日，TC 成员主动到老年人公寓去关心照顾老人；每到季节更换时，主动为精神科养治病人送生活日用品；自觉参加毒品、艾滋病预防宣传工作；经常和附近大学、教会联合组织小组活动，提高社会对吸毒人员的认同，为回归社会打下良好的基础。

b.治疗的依从性提高，用药减少

索药行为是自戒所病人典型的行为特征。不但增加医护人员体力、脑力劳动，给管理也带来很多麻烦。而 TC 之家有许多治疗方法：行为矫正、等级制度、小组活动、职能工作等。新成员来到社区，首先强调在社区要学会服从，在治疗上要配合。利用讲座、心理辅导、同伴教育等形式提高患者的认识，调动自身的潜能，学会延缓满足，学会坚强。根据成员的身体状况，适当安排一些职能工作，让他们从小事做起，学会对自己的行为负责，通过转移注意力，起到稳定情绪的作用。同时调动社区每位成员的爱心，老哥（姐）帮老弟（妹），老成员帮新成员，让脱药期成员感受社区温暖，安心治疗，达到用药减少，逐渐康复的目的。

c.容易管理

TC 模式的精华是家庭成员自己管理自己，自己教育自己。新成员在入住前，首先强调“四大禁忌”：第一，不允许偷吸毒品，包括酒精。第二，不允许使用暴力，包括恐吓、威胁性的语言。第三，不允许发生男女性关系，哪怕是挑逗性的语言。第四，不允许偷盗，未经对方允许私自擅用别人的物品也视为偷。所有 TC 成员，必须严格遵守这些规则，如有违反，视其态度决定去留，留下来的视情节轻重，承担相应责任。几年来，TC 之家在工作人员少、没有保安、没有强制措施的情况下，各种治疗井然有序地进行，依靠集体的力量，营造了一个无毒、安全的环境。

d.家属的满意度提高

TC 之家重视家庭介入。家庭成员如果中途中止治疗，社区会马上打电

话与家属取得联系，共同做工作，尽量留住病人。而且社区经常利用重大节日、家庭联谊会等，邀请所有居住者的家属。让成员和家庭之间的情感联系得到加强，共同成长，共同适应社区的治疗程序。对正在操守的成员，社区经常回访，当他们遇到问题时，社区及时给予支持与帮助。在治疗的过程中，家庭的介入不仅能给居住者积极的影响，同样也能帮助居住者的家庭渡过心理难关，得到了家属的高度赞誉，成为他们的“放心医院”。

e.同伴教育，减少伤害

吸毒者感染艾滋病的主要途径是注射毒品和异性间无防护的性行为。而吸毒者往往会因为社会、家庭、生活环境和个人因素等多方面原因，难以产生行为的改变，或者是难以接受和得到相关资料及帮助。在自戒所仅仅靠图片、宣传手册等形式，让病人知晓防治艾滋病的知识。但由于社会对吸毒人员的歧视与偏见，在一定程度又成为制约他们行为改变的障碍。由于TC之家有良好的家庭氛围，从开办开始，就以社区为基础，为家庭成员提供一系列减少伤害和减少需求的活动和服务，让他们了解和认识共用注射器和多个性伙伴的危害。通过危害递减的方法，形成正确、健康的行为，达到行为和态度的改变，有效地减少伤害，防止艾滋病的感染和传播。

第四，治疗集体（TC）成功案例

国际上比较著名的治疗集体有：锡南浓村、日顶村（戴托普）、凤凰村、奥德赛村等TC组织。国内比较著名的采用TC治疗模式的机构主要有云南戴托普药物依赖治疗康复中心。还有一些由强制隔离戒毒所建立的戒毒康复场所也具有治疗集体（TC）的形式和特点。比较成功的带有TC色彩的戒毒康复场所有：云南开远市的“雨露社区”、昆明市戒毒康复中心“和谐家园”、海南省三亚市的戒毒康复农场和北京的“向日葵”戒毒治疗社区等。

3.身体康复训练

《禁毒法》第四十三条提出：“强制隔离戒毒场所应当根据戒毒人员吸食、注射毒品的种类及成瘾程度等，对戒毒人员进行有针对性的生理、心理治疗和身体康复训练。”

对于戒毒者来说，生理脱毒完毕并不意味着戒毒治疗的终结，脱毒治疗只是消除了戒毒者的生理戒断症状，而他们的心理、神经功能、身体状况还未恢复，行为还未得到矫正，这些都是导致复吸的因素，因此需要有一个过

程来解决脱毒后的稽延性戒断症状、心理和行为问题，这个过程就是身体和心理康复训练阶段。

（1）身体康复训练的含义

身体康复训练能给吸毒人员的身心带来最直接的感受。愉悦的心理感受能够激发吸毒人员参与戒毒的积极因子，使吸毒者从被动戒毒到主动戒毒，从被动承担责任到主动承担责任。身体康复训练还能增强吸毒者体质，起到调节情绪、缓解压力、放松心情、养成健康的生活习惯等效果，使吸毒者受损的身体状况和精神状况得到有效的改善和康复。身体康复训练对于帮助吸毒者摆脱毒品依赖具有积极的促进作用。

作为戒毒过程中必不可少的重要内容，身体康复训练必须在科学的指导下进行。完整意义上的身体康复训练，应当包括康复训练计划、健康生活方式教育、康复个别指导、建立康复系统工程等。一般地说，在戒毒过程中对已经生理脱毒的戒毒人员开展一些广播操、队列训练和打球等轻度的体育运动，开展唱歌、绘画、读书、表演等文化娱乐活动，开展适度的劳动锻炼和就业培训等，这些都是有助于吸毒人员身体素质恢复和改善的身体康复训练内容。

（2）身体康复训练的基本内容

身体康复的目标主要着眼于戒毒人员生理和心理基本康复、不良行为习惯得到矫正、适应社会和抵御毒品的能力得到加强。身心康复的重点是通过制度规范化、生活集体化、行动军事化、治疗医院化、康复科学化、教育学校化、体育运动经常化、文化娱乐活动丰富化等几个方面来规范戒毒人员的行为，增强他们的戒毒信心，巩固生理脱毒的效果，恢复和增强身体健康，养成良好的行为生活习惯。

①制度规范化

根据实际情况，对戒毒人员在劳动、学习、训练、生活卫生、言行举止等方面作出严格的具体规定，严格管理，从严要求，以规范戒毒人员的行为。

②生活集体化

以班组或分队为单位进行生活、学习、训练、劳动和评比，增强戒毒人员的集体主义观念和社会责任感。

③行动军事化

坚持每日早操和队列训练制度。在日常的生活中要求做到“五净”:地面、床铺、门窗、墙壁、物品保持干净;被盖折叠、手巾晾挂及餐具、面盆、鞋子、凳子摆放一条线;“四无”:无烟头、无口痰、无果皮纸屑、无垃圾。通过军营式管理,培养戒毒人员健康、严谨、有序的生活习惯。

④治疗医院化

强制隔离戒毒所设立专业医院,针对戒毒人员的稽延性戒断症状和其他疾病进行医学治疗,实行对戒毒人员全员医学跟踪治疗,由专业人员通过医院的运作模式,根据戒毒人员的身体情况进行必要的医学治疗,预防流行病,杜绝医疗事故,使治疗工作有条不紊地进行。

⑤康复科学化

针对戒毒人员脱毒后生理及心理变化大、抵抗力差、易患疾病的特点,强制隔离戒毒所应对康复期的戒毒人员进行心理健康教育,开展心理测量和心理治疗,同时合理、科学地安排有利于身体恢复的训练活动,使戒毒人员的生活紧张而充实,逐步转移他们的注意力,使他们逐渐弱化对毒品的记忆力。其次,根据戒毒人员体质虚弱的特点,应保证他们的饮食供给,及时补充营养,使他们的身体在充足的营养下得到较好的恢复。

⑥教育学校化

根据戒毒人员不同的文化层次开办文化班级,参照普通学校的教学设施、管理方法和规章制度实行。做到教育工作制度化、规范化,做好戒毒人员的思想教育工作和文化教育工作,使他们在强制隔离戒毒所中戒除毒瘾的同时,文化水平和抵御毒品的认识水平都有所提高。

⑦体育运动经常化

根据戒毒人员在生理脱毒后身体康复期的生理特点,强制隔离戒毒所应根据戒毒人员所处的不同戒毒阶段和不同的身体状况,组织他们开展与之相适应的、适当的体育活动,如每天进行队列训练、做广播操和打太极拳等。根据戒毒人员的身体情况还可适当增加他们的运动量,如开展跑步、打球等体育运动。

劳动锻炼也是陶冶性情、转移注意力、活动和锻炼身体的好方法,强制隔离戒毒所可按照身体状况与劳作量相适应的原则安排戒毒人员参加劳动,并根据戒毒者的身体情况适时调整和逐步增加劳作强度。

⑧文化娱乐活动丰富化

经常开展一些文化和娱乐活动可愉悦戒毒者的心情，培养良好的情趣，营造良好的人文环境和戒毒文化氛围；文化娱乐活动还可促进戒毒者之间形成良好的人际关系，增强戒毒集体的凝聚力，丰富文化娱乐活动对促进戒毒人员的精神健康和身体康复都是大有裨益的。

以上各项内容都是使戒毒者身体康复的有效促进措施，戒毒者在身体康复的同时还可将学习、劳动、技能培训、人生观、价值观的矫正等融为一体，形成“强戒—康复—巩固”的整体效果。强制隔离戒毒所应当组织戒毒人员收听广播、收看电视、阅读书报、参观学习、自编自演文艺节目等活动，活跃和丰富戒毒人员的精神生活。

4.生产劳动和职业技能培训

（1）生产劳动和职业技能培训的目的和意义

《禁毒法》第四十三条提出：“根据戒毒的需要，强制隔离戒毒场所可以组织戒毒人员参加必要的生产劳动，对戒毒人员进行职业技能培训。组织戒毒人员参加生产劳动的，应当支付劳动报酬。”

戒毒人员在生理脱毒治疗后的身体和心理康复阶段根据身体状况适当参加生产劳动和职业技能培训，对戒毒人员恢复身心健康是大有裨益的。通过生产劳动和职业技能培训可充分发挥劳动在戒毒康复工作中的作用，增强劳动的矫治功能，使戒毒康复人员认识劳动意义，养成劳动习惯，培养其热爱劳动的良好品质。从理论上来说，劳动康复有助于实现以下目的：

①有利于戒毒者身心康复，即在基本完成急性脱毒治疗后，通过参加劳动锻炼的方式，可以促进戒毒者生理康复过程，提高戒毒康复质量。

②戒毒者学习一定的生产劳动技能，甚至掌握一技之长，为回归社会后就业打下必要的基础。

③可以创造一定的经济效益。这有两个方面的意义：第一，通过“以所（或以农场）养所”创造的经济效益维持戒毒所的正常运转，减轻政府财政投入和戒毒人员家庭经济负担，并可用于戒毒康复人员伙食补贴和改善所内生活学习条件，以及扩大再生产，使该模式得以持续发展。第二，戒毒康复人员劳动自食其力，在劳动康复过程中，在为社会创造一定的经济价值的同时，有利于恢复其自尊、自信，将来更好地适应社会。

因此，强制隔离戒毒所应当坚持走药物脱瘾、思想教育与劳动康复和职业技能培训相结合的道路，在强戒所内因地制宜地建立或扩建劳动康复场所，组织戒毒人员参加劳动，进行职业技能培训，使戒毒人员既能得到较好的身心康复，又能在将来回归社会后成为自食其力的有用之人。劳动和社会保障部门负责组织对强制隔离戒毒人员进行必要的职业技能培训。

(2)戒毒康复场所的建设与发展

戒毒康复场所是生产劳动和职业技能培训的载体。2006年，国家禁毒委员会和公安部作出了一项重大的战略部署，即建设戒毒康复场所。戒毒康复场所是集生理脱毒、心理康复、融入社会功能于一体的戒毒康复新模式，这种新模式的建立是国家禁毒委员会为深入推进禁毒人民战争、完善我国禁吸戒毒工作体系、有效解决我国吸毒人员复吸率高问题的重大举措。中央高度重视戒毒康复工作，中共中央总书记胡锦涛和中央各有关领导同志曾多次就戒毒康复工作作出重要指示或批示。为支持各地加快建设戒毒康复场所，国家不断投入大量资金用于戒毒康复场所建设。

2010年7月，在云南省召开的全国公安机关戒毒康复场所建设工作现场会上，国家禁毒委员会副主任、公安部副部长张新枫在会上说道：建设戒毒康复场所，完善集生理脱毒、身心康复、融入社会功能于一体的戒毒康复模式，是有效解决吸毒人员复吸率高问题的创新之举。近年来，云南开远市公安局积极推进戒毒康复场所建设，创造性地实施了“安全岛”计划和社区化管理模式，搭建了一个以劳动康复和技能培训为目标的回归社会新平台，探索了戒毒康复人员自我管理、自我约束新模式，形成了党委政府统一领导、各部门齐抓共管的工作格局。开远市建立的雨露社区既是一个戒毒康复人员的家园，也是一所技能培训学校、一座劳务输出基地，这种集戒毒、康复、医疗、培训、生活、就业等功能于一体的戒毒康复新模式，很好地回答了“建设什么样的戒毒康复场所”、“如何提高戒断巩固率”、“如何实现可持续发展”等问题，为建设戒毒康复场所、深化戒毒康复工作提供了宝贵经验。张新枫强调，吸毒人员复吸率高问题，一直是长期困扰禁毒工作的一大难题。全国公安机关要认真学习借鉴云南开远经验，加快推进戒毒康复场所建设，积极探索戒毒康复新模式，努力提高戒毒巩固率。要把戒毒康复场所试点项目建设作为“一把手”工程来抓，进一步加快建设进度，扩大安置规

模,落实优惠政策,推动戒毒康复场所建设取得突破性进展。要牢固树立以人为本的理念,把戒毒康复人员作为完成强制隔离戒毒后需要康复的病人来看待,进一步创新管理机制,改进管理方式。要按照有利于培养戒毒康复人员劳动技能、有利于增加戒毒康复人员收入、有利于提高戒毒康复人员就业能力的原则,积极引进和发展康复生产项目,帮助戒毒人员学会一技之长,增强谋生能力,顺利回归社会。

截至2010年年底,全国公安机关和司法行政部门共建成戒毒康复场所93个,累计安置戒毒康复人员3.2万余名,在戒断巩固、减少复吸等方面的作用初步显现。国家禁毒委员会办公室组织联合国毒品与犯罪问题办公室官员和11个国家的驻华禁毒(执法)联络官赴云南考察戒毒康复场所,宣传我国戒毒康复工作的理念和经验。

(3)生产劳动和职业技能培训的实施管理

①戒毒康复场所应当与当地劳动部门联系,开设适合戒毒康复人员特点和具有就业潜力的职业技能培训班,组织考核,取得劳动部门颁发的职业技术等级证书,为戒毒康复人员就业创造条件。

②戒毒康复场所应当引进适合戒毒康复人员特点的生产劳动项目,组织戒毒康复人员参加生产劳动,参照国家劳动用工制度的规定支付劳动报酬。

③戒毒康复场所可把所内的环境清洁、炊事、勤杂等工作岗位提供给戒毒康复人员,并按规定支付劳动报酬。

④戒毒康复场所可以与社会事业、企业单位进行沟通协调,签订劳动合同,组织戒毒康复人员到社会事业、企业单位上岗工作。

⑤戒毒康复场所组织戒毒康复人员参加生产劳动,应充分考虑戒毒康复人员的体能特点、既往工作经验和矫治工作要求,合理安排劳动时间和工作量。

⑥戒毒康复场所应当坚持安全第一、预防为主,制定安全生产管理制度,加强安全生产管理,保障戒毒康复场所管理人员和戒毒康复人员的生命安全和身体健康。

⑦戒毒康复人员在参加戒毒康复场所组织的生产劳动过程中,发生工伤、死亡的,按照国家有关规定处理。

⑧戒毒康复场所可以利用多种渠道，积极促进戒毒康复人员回归社会后就业。

（4）各地生产劳动和职业技能培训工作经验

经验一　云南省开远市强制隔离戒毒所“雨露社区”生产劳动和职业技能培训经验

云南开远市“雨露社区”位于云南省红河州开远市的市区东郊，是依托开远市强制隔离戒毒所建设的戒毒康复场所，也是云南红河州的中心戒毒康复场所。开远市“雨露社区”创建于2005年，并于2007年被国家禁毒委、国家发改委列入戒毒康复场所试点项目。

自2002年8月开展“外转内”康复劳动以来，经过多年的实践总结，开远市强制隔离戒毒所在工作中坚持以人为本，实行人性化、温情化管理，逐步形成了“以严格管理规范人、以温情教育感化人、以康复劳动锻炼人”和“以军事化管理为基础、以康复劳动为载体、以社会化发展为主线、以全程式帮教为重点”的“公司+康复劳动+工业”的“开远戒毒模式”。有效地推动了戒毒工作的可持续发展，扩大了戒毒所的相对容量，满足了不同层次戒毒人员的劳动需要，使戒毒所工作由“被动收戒”向“需求收戒”转化，实现了以康复劳动促安全管理，以安全管理保证戒毒康复的良性循环，工作成绩在得到上级各有关部门好评、获得“全国优秀基层单位”等一系列殊荣的同时，更得到了广大戒毒人员家属的一致认可，整个戒毒管理及康复劳动工作实现了社会效益和经济效益的“双赢”。

①积极探索“公司+康复劳动+工业”的戒毒管理“开远模式”

2002年8月开展康复劳动之初，开远强制隔离戒毒所就确定了“结合本地实际、符合戒毒人员技能特点”的基本原则，决定开展以来料加工为主的劳动项目，积极主动地与广西的人工钻石加工厂联系业务，让他们到开远戒毒所来投资办厂，戒毒所只负责生产加工，技术保证及销路由厂方负责，经过多次联系、协商，第一个加工项目——人工钻石厂加工于2002年8月开工，拉开了戒毒所康复劳动的序幕。

为了更好地开展康复劳动，开远戒毒所结合戒毒人员的文化技能、身体状况等条件，把在所戒毒人员划编为以野外工程施工为主的一中队和以来料加工为主的二中队，根据劳动项目的不同分别管理、分别培训。在劳动选

项上,针对戒毒人员的特点,引进了低技能、见效快、易于推广的钻石加工、鞋帮加工等劳动密集型基础生产项目,全力打造、积极发展;针对生产项目发展的需要和少部分戒毒人员具备较高生产能力及一定技能水平的情况,引进了太阳能热水器加工、电器维修等技术型发展生产项目;针对一部分戒毒人员缺乏劳动技能的特点,选择了以劳动力输出为主的辅助型生产项目。"公司+康复劳动+工业"戒毒模式的推进,扩大了戒毒所的相对容量,满足了不同层次戒毒人员的劳动需要,为戒毒人员提供了广泛的"就业"机会,形成了"人人有活干、人人能干活、事事有着落、项项出效益"的良好局面。目前有生产厂房十栋共4,800平方米,800余名康复人员投入人工钻石一厂、人工钻石二厂、鞋帮加工一厂、鞋帮加工二厂、太阳能热水器加工厂、太阳能烟叶初烤智能控制器加工厂、金属结构厂、皮具厂、套装门厂、摩托车篷杆厂、中国结编织厂、服纺织饰厂共12个劳动项目中。除中国结编织厂和服纺织饰厂为季节性加工外,其他的10个加工项目均为长期性加工。劳动收入用于改善戒毒人员生活、医疗、卫生、生产等条件,戒毒人员伙食从以前的一天两餐、餐餐白菜洋芋提高到一日三餐,猪肉、豆腐、番茄、魔芋、茄子等营养搭配,住宿也从以前的人挤人睡通铺改变为现在的每人一张被褥齐全的单人床,从原来的一年四季洗冷水澡变成现在的洗太阳能热水澡,医疗条件、生产环境也得到了极大的改善,连戒毒人员自己都说:"想不到在戒毒所会有这么好的条件,以前在社会上、在家里没有管、没人问,更没有人关心,现在来到戒毒所病了有医生,心情不好时管教会问你是不是有什么困难、有什么矛盾,吃的还是每天不一样的营养餐,参加了康复劳动不仅提高了我们各方面的条件,更重要的是让我们明白了不管在哪里,只有参加劳动才能体现自我价值,生存才有基础。"戒毒所康复劳动阵地的巩固和壮大,为各项工作的进步和发展提供了物质支持,推动管理教育制度的全面发展,促进戒毒模式的创新和完善,加速戒毒人员向社会化的自我转化步伐,带动了各项工作的良性循环,并为戒毒工作向社会化发展培育了基地和前提,也为全员、满员收戒打下了基础。

②加强管理,走康复劳动可持续发展之路

开展康复劳动以后,开远强制隔离戒毒所结合自身实际和特点提出了全新的工作思路,采取了一系列的重要措施,以人为本,实行人性化、温情化

管理,逐步形成了“以严格管理规范人、以温情教育感化人、以康复劳动锻炼人”和“以军事化管理为基础、以康复劳动为载体、以社会化发展为主线、以全程式帮教为重点”的“公司+康复劳动+工业”的戒毒模式,推动了戒毒所工作的全面稳步发展。管理方式的变革,使戒毒人员从无微不至的关怀和人性化管理中得到启示,逐渐消除了恐惧心理。这种互动管理模式,拉近了管理者和戒毒人员的距离,也使戒毒人员之间取得了更多的共同利益和信任。

针对戒毒人群社会属性普遍偏低的特点,充分利用和发挥康复劳动的阵地职能和载体作用,结合其社会化发展的客观需要,把教育、管理制度有机融入康复劳动社会化发展这一主线中,建立了求职模拟制度和激励机制。对康复劳动中涌现出的生产骨干和劳动能手实行奖励,既体现各尽所能、按劳分配的原则精神,又最大限度地调动了戒毒人员的生产积极性和接受再教育的自觉性,使戒毒人员在生产劳动中感受社会、体味人生,为回归社会树立信心、培养技能。针对戒毒人员文化素质偏低、被动接受教育、是非观念不强的情况,强调加强共性教育,突出个别教育,把关爱和细微贯穿整个教育进程。根据不同个体、不同层次和不同时期的特点,制订全程帮教计划,跟踪掌握戒毒人员的变化情况,把思想教育、政策教育、法制教育、危害教育等有机地融入个别教育之中,因人施教、因情施教,有目的地采取帮教措施,既增进了管理者和戒毒人员之间的相互了解,缩短了彼此的距离,又实现了管理和教育的目的,促进了戒毒效果的巩固。

③推进戒毒职能社会化

戒毒人员出所后,面临回归社会或重返吸毒人群的双重选择。戒毒人员要回归并融入社会,要求他们自觉调整拒绝毒品的心理状态,尽快取得稳定合法的居所、职业或收入以及建立远离吸毒人群的人际社圈。戒毒人员出所后就面临着这种“回归社会困难,重返吸毒人群容易”的现实矛盾,客观上导致了复吸率居高不下的不良后果,抵毁了戒毒工作的成果和努力。在这种现实面前,多数戒毒人员最终将走上以贩养吸、以盗养吸、以抢养吸的违法犯罪道路;也将因反复吸毒而感染多种疾病,并成为新的传染源,双重危害社会。

在戒毒管理中模拟社会化环境,戒毒人员在戒毒所要参加生产,通过比

技术、比能力、比产量的竞争成为组长、技术员，把社会化的生产及竞争引进戒毒所，通过康复劳动这个中介，让戒毒人员在劳动中享受劳动成果、体现自我价值，形成一种竞争、积极、向上的良好氛围。戒毒所就是一个小社会，在这个小社会里有规章、有培训、有生产、有医疗、有教育、有竞争，只有积极努力的人才能获得奖励，只有全力向上的人才能获得成功，才是值得大家学习的。希望通过这种社会化模式，让戒毒人员逐渐适应社会生活，出所后能在社会上自食其力。

④开展技能培训

导致吸毒人员难以融入社会、不断复吸的一个重要原因，是他们当中的绝大多数人缺乏一技之长，没有融入社会的能力。为增强戒毒人员的劳动技能，为将来回归社会打下基础，自2003年以来，戒毒所相继引进了适合不同戒毒人员的12个劳动康复项目，使戒毒人员“人人有活干，人人能干活，事事有着落，项项出效益”，达到了帮助戒毒人员通过劳动恢复自信、重返社会，提高戒毒人员及社区人员融入社会能力的目的。为让戒毒人员在学到技能的同时拥有国家认可的资质证书，戒毒所还积极与云南省第十职业技能鉴定所、开远市劳动和社会保障局就业服务管理中心工作人员联系，对戒毒人员进行职业技能培训和职业资质认证考核，至今已进行电工、焊工、钳工、汽车修理等培训40期600余人，参加认证考核5次400余人，取得资质证书166余人。

目前，红河州全州已形成了以开远、个旧“雨露社区”为中心，建水、泸西戒毒康复场所为补充，功能覆盖全州的戒毒康复工作格局。先后形成了开远所“公司+劳动康复”模式，个旧所“农工结合，以工强所”模式；有劳动康复生产项目20余个，农场3个，劳动康复岗位3,000多个。基本做到了戒毒康复人员“人人有活干、人人能干活”。

经验二　昆明市戒毒康复中心“和谐家园”经验

2006年以来，云南省昆明市公安局强制戒毒所率先开展戒毒康复场所建设，逐步形成特色鲜明、功能完善、成效明显的昆明“和谐家园”戒毒康复模式，推动了昆明市禁吸戒毒工作的科学发展。截至目前，“和谐家园”先后有2,073名戒断学员自愿入园康复，其中1,806人已协议期满离园，日均在所康复人员270余人。通过“和谐家园”戒断巩固回归社会的戒毒人员，

被发现复吸的仅有45名，发现复吸率不到3%。

昆明戒毒康复中心"和谐家园"在日常管理中始终坚持以人为本，坚持社区成员在戒毒康复工作中的主体地位，充分尊重社区成员首创精神，发挥社区成员的积极性、主动性、创造性。经过两年多的实践，形成了有约束的、开放式的、社区成员参与管理的新型戒毒康复管理模式。

在以人为本的服务和管理理念的指导下，昆明市强制戒毒所创造性地提出了"七心七情工作法"：用我们的真心，让你体会世间的真情；用我们的爱心，寻觅你忘却的友情；用我们的关心，追回你久违的亲情；用我们的信心，唤醒你对人生的热情；用我们的耐心，期待你遗落的感情；用我们的热心，找回你曾经拥有的温情；用我们的诚心，燃烧你对生活的激情。"七心七情工作法"的应用使戒毒人员的戒毒康复动机从被动到主动，出现了"要我戒"到"我要戒"的可喜转变。

同时，"和谐家园"积极开展禁毒防艾宣传教育，努力向社会推广戒毒康复文化。"和谐家园"在全省率先开通戒毒康复咨询热线电话、戒毒康复网站，提供有关戒毒康复的法律法规和心理咨询。同时，戒毒康复人员组建"和谐之声艺术团"，深入社区、单位、学校甚至省外开展禁毒防艾宣传教育和交流。

2008年6月26日，"和谐家园"工业区新望公司正式成立，标志着"和谐家园"社区戒毒康复开始向社会化、公司化运作转变。新望公司是一个有一定科技含量的以工业生产为主、农副畜渔业为辅的综合产业实体，引进了服装缝纫、宝石加工、磁环加工、节能灯生产等项目，种植和养殖基地年产值达800余万元，可为戒断巩固人员提供近3,000个劳动岗位，增强了戒毒康复场所的自身造血功能，为长期可持续发展奠定了坚实的物质基础。

经验三　三亚市戒毒康复农场经验

2003年以来，海南省委、省政府从创建"无毒岛"的战略高度出发，大力加强集戒毒、治疗、劳动、康复为一体的戒毒康复场所建设。目前，海南省已有三亚、万宁、琼海、文昌、澄迈、临高、乐东和海口市的琼山区、龙华区等九个市县（区）建成戒毒康复场所，定安、屯昌、陵水三个市县（区）正在加强建设。全省公安机关戒毒康复场所土地面积3,200多亩，建筑面积5.6万多平方米，发展了水产畜禽养殖、花卉苗木培育、电子零件加工、旅游饰品加工

等适合戒毒康复人员工作的生产项目，年收入达920万元，为4,450多名强制隔离戒毒、860多名戒毒康复人员提供了合适的劳动和就业岗位，基本满足了戒毒人员康复就业的需要，戒毒人员戒断率不断提高，复吸率逐步降低。

海南省三亚市戒毒康复农场位于田独镇境内的南丁水库旁，总面积1,939亩，土地价值约1,500万元。2003年9月兴建，2004年7月初具规模。几年来，农场依托市公安局强制戒毒所，积极组织在戒学员生产劳动，积极探索“戒毒康复，劳动锻炼，留人就业，健康回归”的新路子，得到了中央、公安部和省领导的肯定。三亚市自2007年4月起，市财政每年拨出60多万元，给留场人员每人每月发放220元最低生活补贴，解决医疗保险和工伤保险等问题，并每年由市政府统一拨款，市劳动就业部门与市公安局共同组织对200名以上的戒毒康复人员和强制隔离戒毒人员进行职业技术技能培训。

在开办伊始，经过反复论证，戒毒康复农场大胆突破强制戒毒所固有观念和模式，确立了以强制戒毒所为依托，集“生理脱毒，身心康复，劳动巩固，健康回归”为一体的理念，提出了“自愿为前提，安居为条件，生产为平台，创收为手段，回归为目标”的工作思路，并积极实践。

在规划设计理念上，戒毒康复农场充分考虑了需要具备的四大功能：一是大容量建设。收戒量在千人以上，以尽量容纳更多的戒毒人员接受戒毒治疗和康复。二是人性化管理。通过人性化的管理，使吸毒人员和留场就业人员感受到党和政府的关爱，强化他们戒断毒瘾的信心。三是劳动康复。建设生产劳动基地和选择生产项目，学员戒毒期满后可自愿留场劳动，为其创造一个脱离外界“毒友”诱惑干扰的环境，进一步巩固戒毒成果。同时，又可培训其劳动技能。四是警示教育。在农场内建立青少年禁毒教育基地，通过多种方式开展禁毒教育活动，提高禁毒教育效果。

近年来，戒毒康复农场在不断增加投入建设一批生产设施和生产基地的同时，以科学戒毒为原则，营造了拴心留人的环境，越来越多的戒毒出所人员愿意留返场就业。最近，农场对527名在戒学员组织问卷调查，表示戒毒期满后愿意留场的达343人，占65%。农场建成以来，已有335名戒毒期满出所人员先后自愿留场就业劳动，目前仍然留下的有212人。其中有一

对男女学员已登记结婚,并双双在农场生活。2008年以来,经过宣传发动,在亲属和基层干部的劝说下,有95名社区康复人员陆续返回农场就业。到2008年为止,农场留(返)场就业人员已达307人,占三亚市现有吸毒人员的19.6%。

经验四　宁夏吴忠戒毒康复中心经验

宁夏吴忠戒毒康复中心自成立以来,已累计收戒吸毒人员2,800多人次。其中,三年以上戒断巩固110人,有68人戒断后回归社会,有42人留场就业。中心已经基本具备集戒毒、劳动康复、身心矫治、技能培训、过渡性就业为一体,生活自给自足的戒毒康复场所。

作为吴忠戒毒康复中心主任,朱玉从同情、关爱戒毒人员到树立以人为本的思想,从为戒毒人员选择一个远离毒品的环境到积极营造一个拴心留人的戒毒康复环境出发,不断探索创新工作理念和模式,形成了"三意识一环境五心留人"戒毒康复工作方法,为戒毒人员戒毒、康复、回归社会探索了一条有效途径。

朱玉用理解和尊重贴近戒毒康复人员,和他们交心,在思想上开导,鼓励他们重新树立信心,开始新生活。对每一个来中心戒毒康复的戒毒学员,朱玉都通过查阅档案材料、谈心、家访等途径,了解他们的生活经历、家庭环境、性格及吸毒戒毒的经历,为有针对性地帮助他们提供第一手资料。戒毒学员王连,2002年强制戒毒后到中心时,情绪低落,不愿跟人打交道,甚至用一些极端的方式进行对抗。朱玉从王连的亲戚处打听到,他成长于高干家庭,染上毒瘾后多次戒毒又复吸。朱玉主动接近王连,在和王连谈到他因为吸毒妻离子散的辛酸往事时,王连既意外又痛心,从此和朱玉成了无话不谈的好朋友。目前,王连已在中心生活了六年,成功戒断了毒瘾,现在是炊事班的一名厨师。

在戒毒康复中心,许多戒毒学员喊朱玉"老爹",朱玉也把他们当成自己的孩子、自己的亲人,甚至在更多时候对他们的关爱超过了对自己的亲人。为鼓励和吸引戒毒学员留场就业,朱玉大胆创新,逐步把部分生产经营项目承包给自愿留场就业学员,有五名留场就业人员与中心签订了400亩土地、2,000多平方米圈舍养殖的经营承包合同,参与中心的建设,逐步走上自食其力的健康生活。

经过多年的戒毒实践,宁夏吴忠戒毒康复中心不仅在布满荆棘的荒山坡地上,开垦出绿树成荫、瓜果飘香的一方无毒净土,更为戒毒人员戒毒、康复、回归社会探索了一条有效途径,赢得了相关部门和社会各界的广泛赞誉。朱玉也被公安部授予"二级英雄模范"称号,被自治区授予政法英模、先进工作者和"五一"劳动奖章。

(十)强制隔离戒毒的期限

强制隔离戒毒的期限为2年。自作出强制隔离戒毒决定之日起计算。

被强制隔离戒毒的人员在公安机关的强制隔离戒毒场所执行强制隔离戒毒3个月至6个月后,转至司法行政部门的强制隔离戒毒场所继续执行强制隔离戒毒。

对不具备转至司法行政部门强制隔离戒毒场所条件的省、自治区、直辖市,由公安机关和司法行政部门共同提出意见报省、自治区、直辖市人民政府决定具体执行方案,但在公安机关的强制隔离戒毒场所执行强制隔离戒毒的时间不得超过12个月。

1.强制隔离戒毒的提前解除和期限延长

执行强制隔离戒毒一年后,经诊断评估,对于戒毒情况良好的戒毒人员,强制隔离戒毒场所可以提出提前解除强制隔离戒毒的意见,报强制隔离戒毒的决定机关批准。强制隔离戒毒期满前,经诊断评估,对于需要延长戒毒期限的戒毒人员,由强制隔离戒毒场所提出延长戒毒期限的意见,报强制隔离戒毒的决定机关批准。强制隔离戒毒的期限最长可以延长一年。强制隔离戒毒诊断评估办法由国务院公安部门、司法行政部门会同国务院卫生部门制定。

对于强制隔离戒毒场所提出的提前解除强制隔离戒毒或延长戒毒期限的意见,强制隔离戒毒决定机关应当在收到强制隔离戒毒场所提出意见之日起7日内,作出是否批准的决定。对提前解除强制隔离戒毒或者延长强制隔离戒毒期限的,批准机关应当出具提前解除强制隔离戒毒决定书或者延长强制隔离戒毒期限决定书送达被决定人,并在送达后24小时以内通知被决定人的家属、所在单位、户籍所在地或者现居住地公安派出所。

解除强制隔离戒毒的,由强制隔离戒毒场所出具解除强制隔离戒毒证明书送达本人,并在3日内通知强制隔离戒毒决定机关、戒毒人员家属、所

在单位、户籍所在地或者现居住地公安派出所。

2.涉及强制隔离戒毒期限的相关问题

(1)强制隔离戒毒人员在强制隔离戒毒期间脱逃的,强制隔离戒毒场所应当立即通知所在地县级公安机关,并配合公安机关追回脱逃人员。被追回的强制隔离戒毒人员应当继续执行强制隔离戒毒,脱逃期间不计入强制隔离戒毒期限。

(2)强制隔离戒毒人员被依法收监执行刑罚、采取强制性教育措施的或者被依法拘留、逮捕的,由监管场所、羁押场所给予必要的戒毒治疗,强制隔离戒毒的时间连续计算,刑罚执行完毕时、解除强制性教育措施时或者释放时强制隔离戒毒尚未期满的,继续执行强制隔离戒毒。

(十一)强制隔离戒毒人员的权利、义务

强制隔离戒毒所接收戒毒人员入所时,应当告知其依法享有的权利及必须遵守的规定和承担的义务。

1.强制隔离戒毒人员享有的权利

强制隔离戒毒所应当遵循依法管理、严格管理、科学管理、文明管理的原则,保障被强制戒毒人员的合法权益。

(1)强制隔离戒毒人员对强制隔离戒毒决定和延长强制隔离戒毒期限不服的,可以依照《中华人民共和国行政复议法》的规定申请复议;对复议决定不服的,可以依照《中华人民共和国行政诉讼法》的规定向人民法院提起诉讼。戒毒人员也可以直接向人民法院提起诉讼。

(2)强制隔离戒毒场所应当建立档案,记录并保存强制隔离戒毒人员的有关情况。强制隔离戒毒场所工作人员应当对强制隔离戒毒人员的档案信息予以保密。未经强制隔离戒毒所所长批准,任何人不得查阅戒毒人员档案。

公安、司法行政、卫生等有关主管部门工作人员若有非法提供戒毒人员戒毒、治疗等信息,侵犯戒毒人员隐私权的,将依法给予处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(3)强制隔离戒毒场所应当设立询问室,便利办案机关询问强制隔离戒毒人员;设立会见室,依法保障强制隔离戒毒人员会见亲属、律师的权利。戒毒人员的亲属和所在单位或者就读学校的工作人员,可以按照有关规定

探访戒毒人员。

(4)强制隔离戒毒人员拥有探访与被探访的权利,戒毒人员经强制隔离戒毒场所批准,可以外出探视配偶、直系亲属。

(5)强制隔离戒毒场所管理人员应当对强制隔离戒毒场所以外的人员交给戒毒人员的物品和邮件进行检查,防止夹带毒品。在检查邮件时,应当依法保护戒毒人员的通信自由和通信秘密。

(6)戒毒人员在入学、就业、享受社会保障等方面不受歧视。有关部门、组织和人员应当在入学、就业、享受社会保障等方面对戒毒人员给予必要的指导和帮助。

(7)强制戒毒所组织被强制戒毒人员参加生产劳动的,应当发给适当报酬。劳动报酬也可以用于改善强制戒毒所生活或者折抵生活费、治疗费。

(8)强制隔离戒毒场所工作人员有下列行为之一的,依法给予处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

①对有严重残疾、患有严重疾病的戒毒人员未给予必要的看护和治疗,导致严重后果的;

②对患有传染病的戒毒人员未采取必要隔离、治疗措施,导致传染病扩散的;

③侮辱、虐待、体罚强制隔离戒毒人员的;

④收受、索要强制隔离戒毒人员及其亲属的财物的;

⑤擅自使用、损毁、处理没收的或者代为保管的财物的;

⑥为强制隔离戒毒人员提供麻醉药品、精神药品或者违反规定传递其他物品的;

⑦违反规定批准探访、探视,或者私自为强制隔离戒毒人员传递物品的;

⑧在强制隔离戒毒诊断评估工作中弄虚作假的;

⑨私放强制隔离戒毒人员的;

⑩非法提供戒毒人员戒毒、治疗等信息的;

⑪其他徇私舞弊、玩忽职守、不履行法定职责的行为。

当强制隔离戒毒人员的合法权益受到侵犯的,可以向主管公安机关、人民检察院以及有关国家机关检举、控告。

强制隔离戒毒人员非正常死亡，属于国家赔偿范围的，死者家属依法享受国家赔偿。

2.强制隔离戒毒人员的义务

(1)戒毒人员进入强制隔离戒毒场所戒毒时，应当接受对其身体和所携带物品的检查，戒毒人员有配合检查的义务。

(2)戒毒人员有义务配合强制隔离戒毒所的治疗，接受教育，并参加身体康复训练、职业技能培训和康复劳动。

(3)强制隔离戒毒人员有义务遵守强制隔离戒毒所的规章制度，服从管理，并不得有下列行为：

①传授犯罪方法、交流吸毒信息或者教唆他人违法犯罪；

②私藏、吸食、注射毒品，私藏其他违禁品；

③预谋、实施脱逃；

④其他违反法律法规、强制隔离戒毒场所管理规范的行为。

(十二)社区康复

生理脱毒只是戒毒治疗和康复过程中的一个部分。脱毒之后必须有康复跟上，引导吸毒人员恢复正常人的生活，学习如何使生活过得有意义，如何与他人建立健康的关系，如何正视日常生活中的困难而不再求助于毒品麻醉自己。吸毒成瘾人员，生理脱毒后想恢复正常生活，会遇到各种各样的困难。因此，有必要采用职业康复或社会康复技术帮助他们重新融入社会。为了使曾经染上毒瘾的人员重新回到其过去的环境中之后不致复吸，政府部门可组织公共医疗、企业事业单位、社会福利组织、其他组织或个人等建立“过渡性”机构，以便在医疗环境中通过工作和教育的方法，引导吸毒康复人员适应正常的生活方式。

1.社区康复的含义

根据我国《禁毒法》和《戒毒条例》规定，对解除强制隔离戒毒的人员，强制隔离戒毒的决定机关可以责令其接受不超过3年的社区康复。

康复是戒毒必经的过渡性阶段，社区康复就是让经过强制隔离戒毒的戒毒人员接着到社区康复场所度过一段康复时间，以巩固前期的戒毒治疗和康复效果，恢复其社会功能和正常生活。社区戒毒康复场所应当具备生活服务、康复治疗、教育培训、生产劳动等基本功能。

2.社区康复的期限

社区康复的期限不超过三年，期限自报到之日起计算。

3.社区康复的内容

社区康复参照社区戒毒的规定执行。

（1）社区康复决定机关

社区康复的决定机关是强制隔离戒毒决定机关，即县级以上人民政府公安机关。

对被责令接受社区康复和自愿接受社区康复的人员，强制隔离戒毒决定机关应当出具责令社区康复决定书或者社区康复通知书，送达本人及其家属，并通知本人户籍所在地或者现居住地乡（镇）人民政府、城市街道办事处。

（2）社区康复接收程序

社区康复人员应当自收到责令社区康复决定书或者社区康复通知书之日起7日内到所在地或者现居住地乡（镇）人民政府、城市街道办事处报到。被责令接受社区康复的人员无正当理由逾期不报到的，视为拒绝接受社区康复。

乡（镇）人民政府、城市街道办事处或者其指定的村民委员会、居民委员会，应当根据社区康复人员本人和家庭情况，参照社区戒毒的规定，在社区康复人员报到后及时与其签订社区康复协议。

社区康复协议除了明确社区康复期限外，还应当包括以下内容：

①社区康复的具体措施；

②社区康复人员应当遵守的规定；

③社区康复人员违反社区康复协议依法应当承担的法律后果。

负责社区康复工作的机构和社区康复工作小组的负责人、联系社区康复人员的工作人员以及社区康复人员，应当在社区康复协议上签字。

（3）社区戒毒康复执行地点

社区康复在当事人户籍所在地或者现居住地乡（镇）人民政府、城市街道办事处执行，经当事人同意，也可以在戒毒康复场所中执行。

（4）社区戒毒康复场所的设置和功能

①社区戒毒康复场所的设置

社区戒毒康复场所的设置和功能由各省、自治区、直辖市禁毒委员会根据戒毒工作的需要规划建设。乡（镇）人民政府、城市街道办事处应当确定负责社区戒毒和社区康复的工作机构，根据工作需要配备社区戒毒专职工作人员，制订社区戒毒工作计划，督促、指导各相关人员按照社区戒毒或社区康复协议落实社区戒毒或社区康复措施。

县级以上地方各级人民政府以及社会团体、企业事业单位、其他组织和个人，经省、自治区、直辖市人民政府批准，可以投资设立戒毒康复场所。戒毒康复场所不得以营利为目的。

②社区戒毒康复场所的功能

戒毒康复场所应当具备生活服务、康复治疗、教育培训、生产劳动等基本功能。

（5）社区康复场所安置对象

①无家可归或没有固定住所的；

②无生活来源的；

③无业可就或者缺乏就业条件需要进行再就业培训的；

④不具备社区戒毒或者社区康复工作条件的；

⑤其他需要安置在戒毒康复场所的。

自愿戒毒后的人员或者解除社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复的人员，可以自愿与戒毒康复场所签订协议，到戒毒康复场所生活、劳动。

（6）社区康复场所工作内容

负责社区康复的人员应当为社区康复人员提供必要的心理治疗和辅导，为社区康复人员提供职业技能培训，职业指导，就学、就业、就医援助，为其顺利回归社会创造必要的条件。

（7）社区康复的实施

社区康复应当由社区康复人员的监护人或者其他家庭成员、社区民警、社区医务人员、戒毒社会工作者以及禁毒志愿者等组成社区戒毒、康复工作小组负责实施。戒毒人员的监护人和家庭成员以外的亲属以及其就学、就业、就医的单位，应当帮助戒毒康复人员戒毒康复，配合社区戒毒和康复执行地乡（镇）人民政府、城市街道办事处和社区戒毒工作小组开展社区戒毒工作。

(8)社区康复劳动

戒毒康复场所可以引进符合国家产业政策的生产项目,或与企业合作开展康复劳动。戒毒康复场所组织戒毒康复人员参加生产劳动的,应当参照国家劳动用工制度的规定支付劳动报酬。具体标准由各省、自治区、直辖市人民政府依照本规定结合当地实际确定。

(9)社区康复的管理

社区康复人员应当自觉履行社区康复协议,定期向社区康复工作小组报告康复情况。被责令接受社区康复的人员拒绝接受社区康复的,或者社区康复人员违反社区康复协议的,县级或者设区的市级人民政府公安机关应当对其作出社区戒毒的决定,依照相关法律法规执行社区戒毒。

社区康复人员在社区康复期间又吸食、注射毒品的,社区康复专职工作人员、社区康复工作小组以及其他参与社区康复工作的人员应当及时向当地公安机关和乡(镇)人民政府、城市街道办事处报告。

(10)社区康复执行地点的变更

社区康复人员的户籍所在地或者现居住地变更,社区康复执行地应当相应变更,原负责社区康复工作的乡(镇)人民政府、城市街道办事处或者其指定的村民委员会、居民委员会,应当将该社区戒毒康复人员有关材料转送至变更后的户籍所在地或者居住地乡(镇)人民政府、城市街道办事处,并应当将有关材料报原社区戒毒康复执行地和变更后的社区戒毒康复执行地公安机关备案。

社区戒毒人员转入变更后的社区康复执行地,当地乡(镇)人民政府、城市街道办事处或者其指定的村民委员会、居民委员会,应当根据社区康复人员吸毒、戒毒情况结合本地区戒毒康复工作实际,与该社区康复人员签订新的社区康复协议,继续进行社区康复。

社区康复执行地变更的,社区康复人员应当及时前往变更后的社区康复执行地报到,社区康复时间自报到之日起连续计算。

(11)社区康复的解除

社区康复自期满之日起解除。社区康复执行地公安机关出具解除社区康复通知书送达社区康复人员本人及其家属,并在7日内通知社区康复执行地乡(镇)人民政府、城市街道办事处。社区康复执行地乡(镇)人民政

府、城市街道办事处应当将社区康复协议、社区康复过程中的有关材料报社区康复执行地公安机关和决定社区康复的公安机关备案。

(12)社区康复人员被依法收监执行刑罚、采取强制性教育措施的处理

社区康复人员被依法拘留、逮捕、收监执行刑罚、采取强制性教育措施的,社区康复终止,刑罚执行完毕时或者解除强制性教育措施时社区康复期限未满的继续接受社区康复。

(13)戒毒康复场所的建立、建设

2006年国家禁毒委员会和公安部作出了建设戒毒康复场所的决定。戒毒康复场所设置的内容和功能与《禁毒法》提出的社区康复形式相似,是由强制隔离戒毒所延伸开设的戒毒康复场所。这些戒毒康复场所可以被看作是由公安机关和司法行政部门开设的特定场合的社区康复场所。目前国内比较著名的戒毒康复场所有云南省开远市强制隔离戒毒所的“雨露社区”、昆明市强制隔离戒毒所的“和谐家园”以及海南省三亚市戒毒康复农场等。截至2010年年底,全国公安机关和司法行政部门共建成戒毒康复场所93个,累计安置戒毒康复人员3.2万余名,在戒断巩固、减少复吸等方面的作用初步显现。

自愿戒毒人员、社区戒毒、社区康复的人员可以自愿与戒毒康复场所签订协议,到戒毒康复场所戒毒康复、生活和劳动。戒毒康复场所应当配备必要的管理人员和医务人员,为戒毒人员提供戒毒康复、职业技能培训和生产劳动条件。

戒毒康复场所应当加强管理,严禁毒品流入,并建立戒毒康复人员自我管理、自我教育、自我服务的机制。戒毒康复场所组织戒毒人员参加生产劳动,应当参照国家劳动用工制度的规定支付劳动报酬。

(14)社区康复工作经验举例

经验一　上海市自强社会服务总社

2003年12月由上海市委政法委牵头,上海市自强社会服务总社注册成立。它的性质为民办非企业机构,业务主管部门是上海市禁毒委员会办公室。上海市自强社会服务总社作为一家非营利社会组织,按照“政府主导推动、社团自主运作、社会多方参与”的总体思路,通过政府购买服务的方式为上海社区药物滥用人员提供综合社会服务。机构的宗旨是运用助人

自助的理念和社会工作的专业方法为上海社区药物滥用人员提供以康复辅导服务为主的社会服务,同时提供以预防滥用药物为主的多元社会服务。

针对社区药物滥用问题,上海市自强社会服务总社开展了社区预防教育、提前介入、社区康复、家庭为本的服务,以及同伴互助辅导、就业基地建设、专业支持小组、美沙酮社区维持治疗、爱心支教等项目工作。在社区康复工作方面,自强社工运用个案、小组、社区三大社会工作基本方法,在社区中为药物滥用者提供综合社会工作服务。这些服务包括个别辅导、家庭辅导、协助就业就学、提供技能培训等,秉承专业理念,拓展多元化的康复服务,打造了家庭联谊会、亲子平行小组、同伴辅导、新生会就业基地、"身、心、志"瑜伽小组等多个服务品牌与项目。

上海市自强社会服务总社将加强社区戒毒康复工作当做是关系到贯彻科学发展观、构建和谐社会的重大任务,为社区戒毒人员实现生理治疗、心理康复、回归社会,提供了一个很好的平台。通过这一工作平台,运用各种社会资源,帮助服务对象增强对毒品的抵御能力,坚持戒毒操守;实现"生理、心理、社会功能的全面康复",从而达到戒除毒瘾,预防和减少犯罪,促进社会和谐稳定的目的。

经验二 金碧社区禁吸帮戒模式❶

金碧社区位于昆明市盘龙区金碧办事处巡津街上段居委会,有常住人口568户1790人(分属14个民族),社区有吸毒人员14名。

1996年3月国家禁毒委与联合国亚太经社理事会共同合作,在云南选定实施"以社区为基础减少毒品需求及预防艾滋病的国家级战略项目",金碧社区被选中进入项目。在一个社区进行国家级的项目试点,没有现成的模式可以借鉴,面对压力,昆明市盘龙分局在区委、区政府和云南省、昆明市有关部门的支持帮助下,以此为契机,大胆探索,下大决心闯出一条有中国特色的戒毒新路子。通过缜密研究,按照项目的时间要求,金碧社区开始了历时18个月的试点工作。

1.在社区成立了试点工作领导小组,组建了我国第一支城市社区专门戒毒队伍。领导小组成员由盘龙分局联合司法、民政、教育、科技、医务、行

❶ 张娅:《女记者眼中的戒毒者》,群众出版社2003年版。

政部门的干部组成。同时组织办事处综合治理专干、派出所民警、居委会干部组成专门工作班子，负责日常生活。在社区还成立了由公共单位、吸毒者家属、社会各界人士参加的各种帮教小组和信息员队伍，协助社区开展工作。

2.在社区进行了大量调查研究。通过走访、询问，进行基础调查，准确掌握社区及吸毒人员的基本情况，同时选择一个各种情况与试点社区基本相似的居委会为对照社区。以科学的方法开始着手帮教工作。

3.在社区开展了声势浩大的毒品危害、艾滋病预防知识的宣传教育。组织社区公共单位的领导，医务工作者，教育、科技、宗教界的专家、学者，从各个不同的角度给吸毒人员和社区居民群众讲授有关知识，进行珍爱生命、拒绝和远离毒品的教育；使居民群众，特别是青少年等高危人群进一步了解毒品对社会、家庭、个人的危害，提高免疫能力。

4.在省、市、区禁毒委的指导下，社区试点工作领导小组按照联合国亚太经社理事会对试点项目的要求，在社区确定了4项长期工作目标（即：全社区力争不出现新生吸毒人员；现有吸毒人数明显下降；戒断巩固率逐年增多；复吸率控制在最低水平）和5项短期工作目标（即：普遍提高社区居民抵制毒品侵害和预防艾滋病的知识，增强自我保护意识，提高防范能力；社区内社会治安有明显好转；打牢项目工作基础；降低复吸率，巩固戒断成果；高危人群的帮教工作纳入“项目”工作目标，开展经常性帮教）。

5.创造性地开展了以“五心工程”为代表的帮戒工作。社区根据过去戒毒工作经验和社区吸毒人员的实际，采取了“二帮一”（即：二位工作人员负责一名戒吸人员），“三结合”（即：家庭、单位、社区结合）的帮戒方法，并针对每一名戒吸学员的情况进行了详细分析，根据其不同的家庭、吸毒时间、心理素质、生活经历、经济状况等综合因素，为每个戒吸学员制订帮戒计划，主要表现在其创立的“五心工程”，即“用真心、爱心去教育、挽救吸毒者；用耐心、信心去点燃吸毒人员的生命之火，扬起他们生活的风帆；以心换心去唤起吸毒人员的信心和良知，使他们承担起对家庭、社会的责任”，帮助他们完成由“要我戒”到“我要戒”的主动转变。

“五心工程”在具体帮戒中的实践：

社区禁吸帮戒试点工作开始时，由于旧城改造、房屋拆迁，社区14名吸

毒人员大多安置在社区外，针对这一情况，社区工作人员奔波在大街小巷，四处寻找他们的下落；为了挽救被家庭抛弃而无家可归的吸毒人员，工作人员把他们带回家中；为了督促其戒毒，社区工作人员每天5点钟分别等在吸毒者家门口拿走他们的第一次小便进行尿液检测。

为戒吸学员提供一个倾吐心声、交流情感、互相关爱的环境，使学员的群体归属感能在社区得到实现，是心理脱瘾至关重要的一环，也是"五心工程"的关键所在。为此，社区及时建立了一个为学员学习、娱乐、交流情感的活动室，社区学员和慕名而来的外区学员每月两次在这个近二十平米的活动室自娱自乐，互相交流戒毒经验，倾吐烦恼与忧愁，交流工作、生活中的感受，开展趣味性较强的文体活动。这些活动，除社区工作人员每次都参与外，省、市、区禁毒委的领导和工作人员也以一个普通公民的身份与他们同娱同乐。这些活动不带强制性，由吸毒学员轮流主持，目前已举办了八十多期。

社区工作人员针对吸毒人员普遍存在说假话、谎话，欺骗性强，言行不一的特点，以及心理素质脆弱，有戒毒的愿望缺乏戒断的决心和毅力的实际，在帮教工作中注意寻找矫正他们行为规范、转变心理素质的路子和方法。为让他们摆脱对毒品和毒友的依赖，用真心、爱心对他们进行诚心诚意的帮助教育，与他们谈心、交心、交朋友，真诚相待，鼓励他们说真话，办好事，对他们微小的进步给予肯定和表扬，对他们生活中的困难，如就业、生病住院、落户口、谈恋爱等大小事都尽力相帮，给他们特别的照顾与关怀，从而让他们感到社区是一个温暖的大家庭，社区工作人员就是他们可以依赖的亲人和朋友。

吸毒人员长期生活在毒品和高危人群之中，为使他们重见光明、脱离毒品的诱惑，鼓起生活的勇气，扬起生命的风帆，社区负责人千方百计，呕心沥血，克服资金、交通工具、承担风险等困难，多次组织戒吸学员郊游，参观重点工程，参加重大节庆活动，让他们亲身感受祖国大好河山的壮丽，了解祖国日新月异的现代化建设，促使他们更加珍爱生命，重新做人，找回自我。

金碧社区禁吸帮戒取得的主要成绩：

金碧社区经过18个月的工作，全面完成了试点任务，1997年9月，经国内专家和联合国禁毒署官员的考察、评估，各项指标验收合格。试点经验

被联合国官员称为“帮教工作中一个新的亮点、一个新的希望、一条新的路子”。许多吸毒人员的家长称赞道:“现在有了社区,我们对孩子有了新的希望。”

金碧社区禁吸帮戒工作虽然是在《禁毒法》出台之前的实践经验,但却为《禁毒法》社区康复模式探索了值得借鉴的成功经验。

经验三　部分强制隔离戒毒所设置的戒毒康复场所

国内一些强制隔离戒毒所也延伸设置了类似“社区康复”的戒毒康复场所。比较著名和成功的有:云南省开远市强制隔离戒毒所的“雨露社区”、昆明市强制隔离戒毒所的戒毒康复中心“和谐家园”、海南省三亚市戒毒康复农场等。

第二节　中国港、澳、台地区戒毒措施概述

一、香港地区戒毒措施概述

(一)吸毒问题、趋势及特点

联合国毒品和犯罪问题办公室发表的《世界毒品报告 2009》中估计,2007 年有 17,200 万至 25,000 万人至少使用一次非法药物,而 15—64 岁的问题吸毒者人数也相信多达 1,800 万至 3,800 万之间。报告指出,正当世界各地大麻、可卡因和阿片剂的市场正在萎缩的同时,全球的苯丙胺类兴奋剂问题也日趋严重。全球缉获量正在上升,生产苯丙胺类兴奋剂的国家与日俱增,2007 年全球缉获量中有将近 30% 来自近东和中东,这些区域吸食苯丙胺的情况可能很严重。苯丙胺类兴奋剂在东亚的市场很大,可能仍在增长。香港地处东南亚区,也受着毒品问题的影响。

在香港,近年的吸毒趋势及模式跟以前大有不同。从前,海洛因和其他阿片剂是主要供人吸食的毒品。直至近数十年,吸食危害精神毒品的人员日渐增加,此类毒品也取代了阿片剂成为最受年轻人欢迎的毒品,香港也不例外。事实上,香港保安局禁毒处在不同形式的宣传里已强调吸食危害精神毒品会影响个人心智和精神健康,包括注意力不足、记忆力衰退、行动障碍、认知能力受损、抑郁和产生幻觉等,例如氯胺酮可能会对多项重要的身体机能产生不良影响,包括心血管、呼吸、神经肌肉、肠胃、生殖和免疫系统。

现时,香港的药物滥用资料中央档案室(以下简称档案室)把苯丙胺类兴奋剂、大麻及可卡因归纳为危害精神毒品。参阅保安局禁毒处的相关文件,香港的吸毒情况如下:

其一,根据档案室的数据显示,过去10年间(1999年至2008年),在香港被呈报的吸毒者❶总人数升降起伏不定。大致上,吸毒人数由2002年开始呈下降趋势,由2002年的17,966人降至2006年的13,252人,直至2007年才又有轻微回升(上升了2.6%),并达到2008年的14,175人(比2007年增加了4.3%)。然而,21岁以下的青少年吸毒者于2004年开始有上升趋势,由2004年的2,186人上升至2008年的3,430人,增幅约57%,情况令人担忧。

其二,2007至2009年的数据中显示,在首次吸毒的平均年龄方面,男性吸毒者保持在18岁,当中在16至20岁首次吸毒的占总数超过四成;女性吸毒者则由2007年和2008年的19岁降至2009年的18岁,从中观察得到的是,她们在16岁前首次吸毒的比例越来越多,由2007年的38.4%升至2009年的42.4%,可见女性年轻吸毒者上升的情况不容忽视。

其三,回顾过去10年的数据,发现近半数的被呈报的吸毒者为失业人员;在吸毒者当中,学生的比例虽然并不算多,但也呈现上升趋势,由1999年的2.1%、2004年的3.5%,至2008年的6.6%,这点是值得注意的。

其四,有关吸食毒品种类方面,海洛因一向是香港最多人吸食的毒品,但近年来吸食海洛因的人数持续下降。反观从1999年至2008年,吸食危害精神毒品的整体人数有上升趋势,更在2007年超越了吸食海洛因的人数。2008年,吸食危害精神毒品的人数创下8,306人的历史新高,其中以吸食氯胺酮最为普遍(俗称"K仔");相反,吸食海洛因的人数则下降到7,243人的新低点,可见近来吸食毒品的种类有所改变。

其五,根据档案室最新公布的数字,2010年上半年被呈报的吸食毒品人员(所有年龄)当中,吸毒原因❷最常见的是受到同辈朋友影响或想和同

---

❶ 就向档案室呈报而言,吸毒者界定为在被呈报之日前的四星期内,曾经或被怀疑服用(不论服用次数)危害或可能危害个人身体或精神健康、或其家庭和社会关系的物质,而所服剂量或服用期,均超过正常的治疗剂量或服用期的人士。只是喝酒和吸烟不视为吸毒。

❷ 个别吸毒者呈报的现时吸毒原因可能多于一项。

辈朋友打成一片(47.4%);解闷、情绪低落或焦虑(43.5%)及避免因没有吸食毒品而感到不适(38.2%)。另外,张越华(2009)于2000—2002年期间进行了一项有关青少年吸毒者的研究,并总结出"与有吸毒习惯的朋友为伍"是青少年吸毒的高危因素。相反,"自我效能感"、"对生活的满足感"、"正面工作态度"、"得到没有吸毒习惯的朋友的支持"以及"戒毒后保持长时间不吸毒"五项为保护因素。这些原因是值得政策制定者及戒毒服务的专业人士参考的。

总而言之,香港情况与全球情况类似,当中"吸毒者年轻化"、"女性吸毒者人数上升"以及吸食"危害精神毒品"取代海洛因等现象确实是不容忽视,需要相应的政策来解决。

(二)香港整体的禁毒政策概述

从20世纪50年代开始,香港政府已采取一系列针对吸毒及贩毒问题的措施,早于1959年,一份名为《香港毒品问题》的白皮书已指出:"由于吸毒是香港一项最严重的社会及经济问题,政府对于任何可以遏制毒品问题的合理措施,均会加以重视。"可见,香港政府早期已认定毒品问题是需要解决的社会问题。随后,禁毒常务委员会于1965年成立,并于1974年改组,并重新确定职权范围,当中所有的委员均由当时的总督委任(即现时的行政特区首长),被委任的人员多为来自社会工作、教育、医疗及小区服务的社会贤达人士。此外,鉴于吸食毒品人数不断增加,香港为药物依赖者提供的戒毒治疗和康复服务也有重大发展。监狱署(现改称为惩教署)于1958年在大榄涌监狱开设第一间戒毒所,而香港戒毒会也于1961年创办第一批自愿住院戒毒中心。于1972年香港政府试办两间美沙酮诊所,截至1977年,香港已有21间美沙酮诊所,向有需要的市民提供门诊代用治疗或戒毒疗程。

在禁毒政策方面,20世纪70年代所倡议的方向更是多元化。根据禁毒常务委员会的记载,1973年年中,香港实施了四项新安排,包括:

1.重组禁毒常务委员会;

2.设立禁毒专员一职以负责协调所有禁毒计划,制定政策建议,监督、评估及检视所建议政策的成效;

3.重整皇家香港警队的毒品调查科;

4.设立吸毒者中央档案室,以便更准确地提供有关药物依赖者人口的资料,及研究方法以评估戒毒治疗的成效。

禁毒常务委员会设法找出哪些是最易滥用药物的人,以便制定符合他们需要的预防措施。根据中央档案室对1972至1974年间登记的约三万一千名药物依赖者记录进行的计算机分析,委员会发现最有可能成为药物依赖者的人,为年龄在15岁至24岁之间,只有小学程度,受雇于工厂的半熟练或非熟练工人或散工,居住环境拥挤,并与家人关系良好的青年男子。

禁毒常务委员会回顾了过往预防教育和宣传的工作后,建议一个新策略,涵盖整体理论基础、目标和宣传对象,并推行新策略所需方法和资源的调配。新建议获得政府的赞同,并在1976年实施。禁毒常务委员会所采取策略的基本原则,是整个社会都应该积极参与。所有预防教育和宣传措施都以此为依据,并有以下四大目标:

1.使社会人士经常留意和重视毒品问题,并提醒他们滥用药物的祸害;

2.防止高危青少年滥用药物;

3.向药物依赖者宣传现有的各种自愿戒毒及康复设施,并鼓励他们前往接受治疗;

4.向世界各国宣传本港的禁毒工作、成绩及目标。

新策略的建议指出,预防教育和宣传的扩展,应与香港其他三项禁毒计划,即执法、戒毒治疗及康复和国际合作互相配合,才能互相协调,应对毒品问题。委员会同意,香港正如世界各地一样,减少毒品供求的措施虽然非常重要,但单靠这方面的行动仍不足够,只有通过有效的预防措施和教育工作,再加上现有的治疗及康复设施,才能将毒品问题控制,甚至根除。

到了20世纪80年代,香港的戒毒治疗和康复工作得到更大的发展。根据《香港禁毒报告书》的资料,香港在反吸毒方面的整体策略主要分为四部分:(1)执行禁毒法例;(2)戒毒治疗与康复工作;(3)禁毒教育及宣传;(4)与国际合作。

直至20世纪90年代末期,政府在先前的措施里加入了第五个工作范畴——研究工作,目的是透过客观的、系统化的和精密策划的研究得出有用的结果,以实证为本的禁毒政策和措施。当时称为"五管齐下"的禁毒政策,并由保安局下属的禁毒处统筹,当中重点包括:(1)预防教育与宣传;

(2)治疗与康复;(3)立法与执法;(4)对外合作;(5)研究。

时至今日,抗毒工作仍在继续,而且打击毒品的力度更是越见明显。根据保安局(2009)的资料显示,香港政府近年来投放在禁毒方面的财政资金更是与年俱增,由2006年的5亿8,327万元,2007年6亿581万元,至2008年的6亿8,206万元,平均每年有近5成的资金用于戒毒治疗和康复服务上。此外,香港特别行政区首长在2009/2010及2010/2011年度的施政报告中也提到,社会高度关注青少年的吸毒问题,并会动员全社会,发起全民抗毒运动。其中包括在2009年年底推出的"校园验毒试行计划",以及计划在全港中学加强学校社会工作服务,增加两成人手进行抗毒工作。

鉴于禁毒工作涉及跨领域和多模式,香港的保安局禁毒处于2010年12月拟订一份名为《香港为吸毒者而设的治疗及康复服务分级多模式架构》的文件,当中详细描述了由辨识、戒毒治疗、康复直到重返社会阶段各项服务的连贯性,同时指出社会福利、医护、教育多领域的合作方向。文件把香港的戒毒治疗服务分成3个级别,列明各领域在每个级别所扮演的角色。第一级:初步接触、辨识与评估的一般基本服务;第二级:小区为本的戒毒治疗与康复专门服务;第三级:住院式和更专门的戒毒治疗与康复服务。

从以上资料可见,香港的禁毒工作已经历几个时代的发展,有关的政策及服务模式更要不断推陈出新,以迎合当时社会的需要。

(三)香港各类戒毒措施

为了帮助染上毒瘾的人员戒毒,香港提供了多种模式的戒毒治疗与康复服务,以满足不同吸毒者的需要[1],务求减少他们对毒品的需求。概括来说,有关服务由政府及非政府机构提供,根据香港保安局禁毒处(2010)及青少年毒品问题负责小组(2008)的资料,现在与戒毒治疗与康复有关的服务可分为下列六类:(1)滥用精神药物者辅导计划;(2)物质误用诊所;(3)美沙酮门诊治疗计划;(4)自愿住院戒毒治疗康复计划;(5)强制戒毒计划;(6)小区支持服务计划与感化服务。

以上服务大多是帮助吸毒者远离毒品、改变心态、增强技能、重返社会

[1] 所谓不同的服务模式,可指不同的介入点、不同的服务对象(例如吸食鸦片类毒品或危害精神毒品的人士)、不同的治疗法(例如以药物或信仰为基础)、不同的目标(例如戒毒、代用或精神治疗),或其他相异之处。

和重新树立人生目标。另外，除了满足成年吸毒者的需求外，香港也有专为帮助青少年接受戒毒治疗的服务，包括透过专业社工的转介，青少年愿意踏出第一步面对个人吸毒的问题，例如学校社会工作单位、地区青少年外展社会工作队以及为夜游青少年提供深宵外展服务的社工也经常接触有吸毒问题的青少年，用多种的介入手法或个人辅导协助年轻人。

1.滥用精神药物者辅导计划

香港现在共有 11 间由社会福利署资助的滥用精神药物者辅导中心（滥药者辅导中心），为吸食危害精神毒品的人员和边缘青少年提供辅导服务、戒毒治疗和康复服务。治疗期由 3 个月到 3 年不等，而善后服务包括社工辅导、宗教辅导、文娱活动、职业辅导及自助小组。为了让需要基本治疗的吸毒者尽早获得医疗服务，辅导中心也提供医疗支持服务，这包括购买诊症服务以及为每间中心提供一名精神科注册护士。辅导中心又为在工作上可能接触到吸食危害精神毒品者的专业人士，提供信息和资源上的支持。保安局对其中 7 间滥药者辅导中心的个案数字进行统计，个案总数在 2006 年至 2008 年间急速上升，其中 21 岁以下的求助个案升幅较为显著，2007 年和 2008 年分别比前一年增加 63. 3%及 42. 5%。而所有年龄组别的个案总数于 2006 至 2007 年间也上升达 42. 1%，2008 年则相对于 2007 年增加了 27. 3%。由此可见，因吸毒而求助的个案在任何年龄组别中有上升趋势，但在 21 岁以下的组别中更见明显。

2.物质误用诊所

香港现在设有 7 间医院管理局下属的物质误用诊所，为有精神问题的吸毒人员提供治疗。截至 2008 年，葵涌医院药物误用评估中心和九龙医院物质滥用诊所共提供 18 张床位，其余的物质误用诊所则没有固定床位。全部诊所均为吸毒者提供药物治疗及有社工辅导，其他的善后服务包括宗教辅导、文娱活动、职业辅导及自助小组。向该类诊所求诊的总人次在 2003 年到 2006 年呈上升趋势，由 9, 169 人次增加 13, 066 人次。而新个案跟进的人次在同一时段则没有增加，反而由 2003 年的 745 人次回落到 2008 年的 554 人次。而复诊人次（即旧有的个案）有持续的上升，由 2003 年 8, 424 人次，2005 年的 11, 485 人次，上升至 2008 年的 12, 512 人次。由此推断，受助人需要长时间接受治疗，康复的过程是漫长的。

3.美沙酮门诊治疗计划

卫生署透过推行下属的20间美沙酮诊所的门诊网络，为吸食鸦片类毒品的各年龄组别人员提供美沙酮代用和戒毒两类疗法。美沙酮能减轻依赖鸦片类毒品人员戒毒时的不适，避免他们受引诱再次吸毒。未能完全戒除毒瘾的求诊者，可以美沙酮代替毒品，其他求诊者则可选择逐步减少服用美沙酮的剂量，以戒除毒瘾。如前文所述，香港的吸毒模式有所改变，吸食海洛因的人转为吸食危害精神毒品的趋势上升，自2002年起美沙酮治疗计划的服务需求普遍下降，每日求诊人数由2006年的6,581人、2007年的6,216人，至2008年的6,309人。总求诊人次于2006年及2007年分别下降2.9%及5.5%，2008年则轻微上升1.8%。美沙酮治疗计划主要对象为海洛因吸食者，而大部分海洛因吸食者年龄为21岁以上，所以这三年间21岁以下吸毒者的参加人次占总参加人次持续低于1%。

4.自愿住院戒毒治疗康复计划

现在，香港共有17间非政府机构营办的39间住院戒毒治疗、康复中心和中途宿舍，其中20间获卫生署或社会福利署资助，另外19间则未获政府资助，只有3间例外。由于药物依赖者背景和需求各不相同，这些机构发展了不同治疗模式的戒毒和康复计划，为主要吸食麻醉镇痛剂及危害精神毒品的青少年及成年人提供服务。治疗及康复期由1至18个月不等，当中9间机构附设有中途宿舍，13间有提供宗教辅导，两种服务皆有的占7间。有些服务单位专为男性吸毒服务，例如基督教得生团契和香港明爱明爱黄耀南中心；而有些则专为女性服务，例如基督教巴拿巴爱心服务团；也有一些则同时服务男性和女性。根据保安局禁毒处(2009)的资料，21岁以下新入住的青年吸毒者人次由2006年的204人次、2007年的259人次，增至2008年的349人次，增长幅度比整体人数更多。可见青少年吸毒者对住院式的戒毒服务需求较多。这点倒也可以理解，因为青少年未有足够的能力抗拒来自环境的诱惑，能远离原有的不良环境及友伴对能否成功戒毒是必需的。

5.强迫戒毒计划

惩教署下属的戒毒所实施的强迫戒毒计划，服务14岁或以上曾犯轻微罪行而经法庭裁定可处监禁罪行并有毒瘾的人员，但他们所犯的罪行不一

定与毒品有关,法庭可不必判吸毒者入狱,但可判他们进入戒毒所接受治疗。计划的目的是协助犯人彻底戒除毒瘾,重新投入社会。惩教署现在设有三间戒毒所,并将成年及未成年戒毒者分开囚禁。戒毒者必须留在戒毒所内接受治疗,为期2个月至12个月不等,获释后必须接受一年强制监管。强制戒毒计划以纪律和户外体力活动为基础,强调工作和治疗并重。戒毒者获释后,还须接受全面的监管服务,善后服务包括中途宿舍、社工辅导、文娱活动及职业辅导。戒毒所总入住成员人数在2006年至2008年的三年间有轻微下降的趋势。然而,年轻成员的总入住人数于2006年至2007年间上升达107%,该上升趋势持续至2008年,2008年的数字较2007年增加74.6%。当中以年轻女性成员的上升趋势较显著,2007年和2008年分别上升了93.3%及96.6%。另外,惩教署制定了“再犯案率”[1]这个指标,以衡量戒毒所计划的成效。2000至2004年间,再犯案率维持在五至六成左右。

6.小区支持服务计划及感化服务

根据青少年毒品问题负责小组(2008)的报告,非政府机构受资助营办的五支小区支持服务队,正为警司警诫计划下的青少年犯事者提供支持服务,协助他们重新融入社会,矫正其反叛行为,以此降低他们违反法律的机会。打击青少年吸毒的执法工作加强后,预期受警诫的少年违法者会增加。小区支持服务队在为吸毒和贩毒的青少年提供服务方面,也应担当重要的角色。为此,当局已经核准批出额外财政资金,为五支小区支持服务队各增加一名助理社会工作主任,从2008年10月起已加强有关服务。另一方面,香港政府也加强感化服务,以处理有吸毒或贩毒的违法者,在感化令之下,违法者须按照法庭命令所规定的条件接受感化官的监管,在香港所有的感化官均曾接受过社会工作的专业训练。

简而言之,为符合不同背景的药物依赖者的需求,香港政府及非政府机构通过不同途径为有需要的人员提供不同的戒毒治疗和康复服务,包括滥药者辅导中心、物质误用诊所和戒毒治疗及康复中心等,还通过小区支持服务计划、感化服务和戒毒所计划向警司警诫计划下的青少年和已定罪青少

---

[1] “再犯案率”指戒毒所所员在获释后三年内因再被定罪而再入住惩教署下属的惩教机构的百分率。

年提供介入服务，希望能为他们戒除毒瘾并重投社会，建立健康的人生。

(四)未来有关戒毒康复措施的计划及发展

香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划的报告(以下简称“报告”)中提到禁毒资源主要分配的问题。报告指出，虽然吸食海洛因的人数依然维持在高水平[1]，而为吸食海洛因人员而设的住院戒毒治疗服务，一般而言可能比为吸食危害精神毒品人员而设的非住院服务(例如滥药者辅导中心及物质误用诊所)昂贵，但仍有需要密切观察各种服务的需求和使用情况，并确保资源得到适当分配，以应对海洛因吸食者及危害精神毒品吸食者的需求，包括检视用于美沙酮治疗计划的资源(以吸食海洛因人员为对象，每年获拨款约3,500万港元)，以及分配给香港戒毒会的资助(主要处理吸食鸦片类毒品人员，每年获拨款约7,200万元)。另一方面，报告更认为有关部门应审慎监察吸食危害精神毒品人员日后对治疗及康复服务的需求，为有效的和新形式的计划寻求适当的拨款，以及鼓励和支持非资助机构发展高质素服务。其中包括：建议要求为女性吸毒者和少数族裔人员提供更多戒毒治疗和康复服务，当局应考虑这些人员和其他特殊组别不断转变的需要，加强服务和提供资源，并鼓励机构善用禁毒基金举办活动，为有特殊需要的人员提供服务。

报告中罗列了一系列未来禁毒策略的建议，除倡议进一步加强或提升戒毒康复服务、增加服务的名额和深度外，报告中也有一些笔者认为与戒毒措施有直接关系的建议，其中包括：

1.加强调查和研究以进一步掌握吸毒情况

吸毒情况转变迅速，香港现有估算吸毒人口和了解吸毒情况的方法和研究结果并不足够，相关各方应进一步进行各种方法的调查和研究。报告指出从不同角度搜集数据和统计数字，更能准确地预测和观察吸毒趋势的转变，以及吸毒者的特性，为毒品相关的数据库建立更稳固的基础，这有助于制订禁毒策略和计划。禁毒处未来工作应包括持续改善档案室和学生服用药物情况调查；检视估算吸毒人口的各个方法，找出适合香港情况的可行方法；从定性方面了解待业待学青少年的吸毒情况；并开发和推出辅助系统

[1] 根据2007年档案室的记录，被呈报吸食海洛因的人员共有7,390人。

的定性模块,以提供更多关于本港吸毒情况的数据。

2.家庭医生担当重要角色

报告指出,家庭医生在小区层面提供基层医疗服务,会较易接触到吸毒人员。因此,家庭医生有很大机会能及早发现潜在的吸毒问题,并按情况需要进行介入,可发挥其作用。事实上,获禁毒基金资助的家庭医生专业培训课程在2009年已经展开,以强化家庭医生在戒毒治疗和康复服务中的角色。报告也提到有必要推出更多的医护专业人员参与合作计划,推动医生参与禁毒工作,并鼓励有关方面就检查、初步介入和转介接受治疗等,制定临床指引,促使前线医生采纳。医院管理局(管理香港公共门诊诊疗所的机构)和医疗专业组织可协助进行这方面的工作。计划的最终目的,是把对病人是否吸毒的鉴辨和介入服务,融入家庭医生的日常医务工作和基本的医疗制度,使其成为主要部分。

3.外展服务,主动接触吸毒的年青人

透过外展的方式,社工在青少年经常出没的地点与他们接触,便能及早发现有可能的间歇吸毒的青少年,他们当中相信有不少是辍学或失业的。在2008至2009年度,在香港政府的支持下,在有关的青少年服务单位增设34名社会工作助理职级的社会工作人员,以加强外展服务。同时,由2008年起,所有滥药者辅导中心都有提供外展服务,派出专业社工到青少年吸毒的热点区域,主动结识他们,为高危青少年提供辅导和转介服务。

4.滥药者辅导中心

中心应加强与小区内相关服务单位相互协作,推行禁毒预防教育、戒毒治疗和康复服务,也应考虑如何能更集中力量,协助有需要的高危人士。此外,中心应提供医疗支持服务,让需要基本治疗的吸毒者可以尽早获得医疗服务。当局可以向小区购买诊症服务,并安排适当的护理人员成为中心的一员。新增的两间中心已于2008年年底投入服务,为更多有需要的人员提供治疗。若资源充分,应进一步加强中心的人手,并/或增加全港中心的数目。

5.强化毒犯的更生工作

报告中亦指出在加强打击青少年吸毒的执法工作后,受警司警戒的少年犯事者会预期地增加。事实上在2008至2009年度,政府增加了社会福

利署资助的小区支持服务队和警方的保护青少年组的资源,以更好地帮助青少年毒犯。另外,对于触犯刑事罪行并有吸毒问题的违法者,法庭可判以感化服务。根据这类判罚,违法者须按照法庭命令所规定的条件接受监管。为加强感化服务,当局正筹划一项为期两年的先导计划,根据《罪犯感化条例》(第298章)和参考海外毒品法庭的做法,为青少年毒犯提供更集中的、有系统的和深入的戒毒治疗计划。该计划的先导计划已在2009至2010财政年度下半年推出。如报告所述,在这先导计划里,感化主任充当统筹和监管的角色,与有关各方和专业人士紧密磋商,寻求改善个案评估、戒毒治疗规划和进度监督等工作。

6.强化戒毒治疗及康复中心的服务

香港政府已批准由2008至2009年度起拨出额外资源,资助101个宿位,以强化治疗和康复的工作。各方应密切关注服务需求,并探讨方法以应对不断转变的需求,在有需要时寻求额外资源,以提供更多宿位。报告中更强调除服务名额外,发展和提升崭新或有成效的服务模式是非常重要的。

7.物质误用诊所

吸毒者对物质误用诊所服务的需求一直在增加,近年新症的平均轮候时间更是越来越长。因此,两间新增的滥药者辅导中心于2008年年底开始启用,除了提供门诊服务之外,物质误用诊所也为滥药者辅导中心和非政府机构的前线人员提供教育及培训,帮助他们发现有精神病早期征状的吸食危害精神毒品人员,以便及早进行转介。报告提到政府应进一步增加物质误用诊所的服务名额,以应对预期会增加的服务需求。

驻医院管理局物质误用诊所的社会福利署医务社工一直与医护专业人员紧密联系,以提供更全面的评估、治疗和心理社会介入,协助有精神问题的吸毒者早日康复。由于估计精神科的求诊人次会继续增加,当局已批准增设四名医务社工于2008年10月投入工作。考虑到服务需要会不断变化,物质误用诊所精神科医务社会服务的名额需要进一步增加,以及增强所提供的支持,为吸毒者及其家人提供更深入和全面的服务,并加强与滥药者辅导中心等其他禁毒单位的合作。

8.协助吸毒者重新融入社会

长远来说,戒毒治疗和康复服务计划要使戒毒康复者不再重染毒瘾才

算成功。就此而言，重新融入社会是成功要素。首先，戒毒治疗和康复计划的重返社会元素应予以加强，报告认为当局应鼓励机构举办和加强为戒毒康复者提供的职业训练、改善面试技巧和提高获聘或参与义务工作机会的计划。另外，推动社会各界对戒毒康复者的支持和接纳也非常重要。其中较为成功的例子包括：2008 年推出“友出路”计划，即支持吸毒者接受戒毒治疗和重新融入社会。此计划以创新的方法动员社会各界，培养一种关心青少年的文化。例如，公司可提供职业训练计划或就业机会；个人或机构则可直接提供赞助或资金支持，支持戒毒治疗及康复机构。通过教育和宣传可协助雇主发现高危员工，并及早介入。除此之外，鼓励戒毒康复者通过学校讲座和电视或电台节目，分享他们成功戒毒的经验，也有助宣传正面信息。自 1995/1996 年度起，教育局便为营办戒毒治疗及康复中心的非政府机构提供资助，为 18 岁或以下的青少年吸毒者开办教育课程，以帮助他们在完全康复后继续学业或就业。

9.协助吸毒者与家人修复关系

不少吸毒者在戒毒过程中需要与家人分离一段较长的日子，此经验对日后戒毒成功后再与家人生活在一起有一定的影响。针对这点，不少社会服务机构提供一些让戒毒者重新修复关系和互相适应的活动，例如香港戒毒会为戒毒者定期举办改善育婴和教导儿童技巧的训练，香港基督教服务处赛马会日出山庄推出的“家人网络”活动，为戒毒者家人定期举办活动，协助他们了解吸毒者吸毒的原因和需要，从而懂得如何支持有吸毒的家庭成员康复过来。

总而言之，正如报告中强调，由不同领域的协调和服务的连贯性非常重要。实际上，最有效的方法是采取“以人为本”的全方位治疗模式，并按情况需要动员社工、医护专业人员、教育家、家人等共同参与。此外，适当的“跨领域协作”应有助信息交流，以加强个案管理，促进服务的统筹和推行，确保更有效地运用社会资源，使服务更有连贯性。以务实的态度，发展跨专业服务，以期达到戒毒治疗的目标才是最好的介入方法。针对此点，香港的社会福利署设立了 12 个以地区为本的青少年服务地方委员会，务求促进探讨时下青少年问题和制定适当介入策略的协调工作。地方委员会由社会福利署的地区福利专员担任主席，成员包括地区领袖、青少年、家长、学校、非

政府机构和其他政府部门(如教育局及香港警务处)的代表。通过这个常设性的平台,不同领域在协助有需要人员戒除毒瘾上,可以共同承担责任。

二、澳门地区戒毒措施概述

毒品问题是受到整个国际社会广泛关注的社会问题。目前全世界的毒品犯罪形势十分严峻。根据联合国的估算,全球鸦片产量从1998年的4,346吨增加至2007年的8,870吨;联合国毒品和犯罪问题办公室的统计数据表明,全球每年贩毒活动的资金总额高达3,000亿美元。[1] 具体到澳门而言,虽然澳门的贩毒数据和吸毒人口相对于其他很多地区而言要低,但也已经对澳门社会的经济、治安和个人健康造成了难以估计的危害。[2] 由于澳门自身在经济结构、地理位置、交通运输以及人口流动方面的特殊性,澳门的毒品问题也呈现出特有的范式。[3] 澳门政府对毒品问题一直以来都高度重视,[4]近年来更是积极探索采用有效措施,来预防、控制和惩处毒品问题。

由于禁毒工作涉及的范畴复杂且广泛,澳门有关毒品问题的立法、司法、戒毒和预防等工作,有赖政府多个不同部门的合作与协调。

立法事务方面主要透过立法会、行政会与行政法务司之间的配合运作。近年来澳门加强了涉毒问题的立法工作,完善了有关毒品问题的法律规范。相关法例有:

第34/99/M号法令——规范麻醉品及精神科物质之买卖及合法使用;

第58/95/M号法令——核准《刑法典》;

第17/2009号法律——禁止不法生产、贩卖和吸食麻醉药品及精神药物;

澳门特别行政区第179/2008号行政长官批示——设立禁毒委员会。

执法与防治的前线工作 主要由保安司及社会文化司系统下的相关部门负责,分别执行赋予的抗毒职务。而司法起诉程序方面,则交由检察院和

---

[1] 席来旺、张卫中、任建民:《全球联手打击毒品违法犯罪》,《人民日报》2009年4月9日。

[2] 澳门社会工作局:《澳门毒品问题及禁毒工作现况》,澳门禁毒网,2009年6月26日。

[3] 周伟光:《澳门毒品犯罪新形势及对策探析》,《行政》2008年21卷第3期,总第81期。

[4] 韩卫、区宏添:《澳门吸毒人群之传染病感染情况与评估》,澳门特区政府社会工作局防治药物依赖厅戒毒康复处(这是一份政府报告)。

法院处理。具体而言,澳门直接打击贩毒及吸毒的有关工作,主要交由司法警察局辖下的扑灭及调查贩毒统筹科全力负责,同时透过其他的保安系统,如治安警察局和水警稽查局等的紧密协调和合作,共同策划大型的扫毒行动。另外,在执行控制药物滥用的法纪上,卫生局对麻醉品及精神药物合法市场的使用,肩负起重要的监管角色(见图 4-2)。

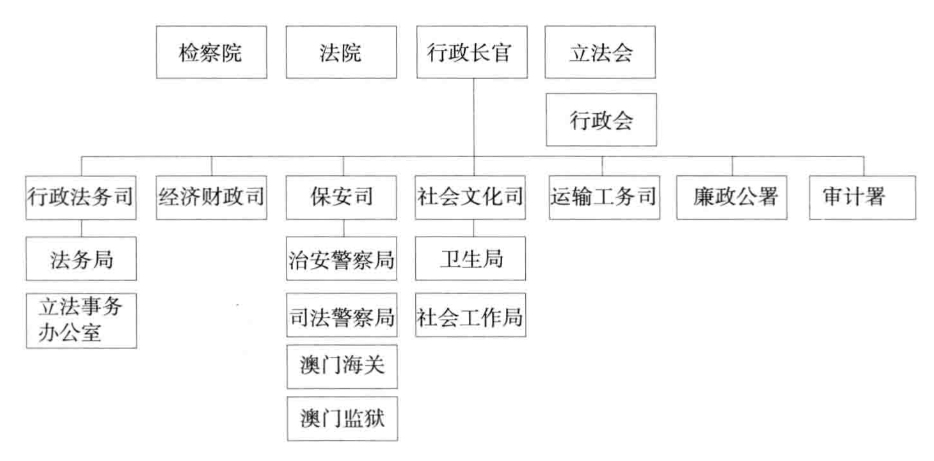


图 4-2　澳门特区政府主要禁毒部门组织架构图

将减低毒品需求的工作正式纳入社会服务系统内的做法,可说是现时澳门防治药物依赖工作的一个特色,而这样的做法对于城市规模较小的澳门来说,是相当可行并且有效的。毒品是一个严重伤害个人、家庭及社会的问题,不但需要有健全有效的禁毒法制和措施,社会性的支持十分重要,尤其在减低毒品需求的工作上,更加有赖社区、学校及家庭的大力参与和配合。防治药物依赖的工作在结合社会服务资源和网络后,无论是治疗或预防方面都能得到更大的支持和认同。民间戒毒机构及团体亦相继在政府的支持下得以扩展。在近些年的运作经验中,政府与民间在禁毒事务上的协调和合作也因而得到强化。目前采取预防药物滥用的模式是以三级预防的手段为主。总体而言,近年澳门整个社会参与禁毒行动的程度已大有提升,禁毒的意识和力量也显得更加团结。下面我们来看一看澳门的主要戒毒措施。

澳门政府的戒毒措施开始于 1962 年,澳门政府于当年设立"社会复原所",目的为收容吸毒犯人。"社会复原所"是第一所住院式强制性戒毒院

舍，同时也接受自愿戒毒者寻求戒毒服务。当时采用的抗毒政策及工作模式比较传统保守，仅着重于控制毒品的供应，戒毒治疗服务欠缺系统性及专业性，所以效果不是很明显。20 世纪 80 年代后期澳门政府开始检讨及重订防治药物依赖的政策，并参考了世界卫生组织（WHO）的意见，于 1990 年终止了“社会复原所”的运作，代之而成立“预防及戒毒办公室”，作为执行防治药物依赖工作的主要部门。从此，对于预防药物滥用的工作得以确实地推行。其后在 1994 年再重组其架构并改名为“预防及治疗药物依赖办公室”，以期能更全面地落实减低毒品需求的政策，并以预防教育为主导的积极性措施来对抗日趋严重的毒品问题。而在立法方面，除了把有关的国际公约延伸适用于澳门外，也分别制定了遏止贩毒和吸毒活动、管制麻醉药物及精神药物之合法买卖及使用等一系列法规。在 2001 年 5 月亦把新型毒品 K 粉（即氯胺酮）列入受管制的药物范围的法例内。于回归前，为了回应实际的需要及总结过去工作经验所得，在 1999 年 6 月底再将该办公室合并于目前的社会工作局内，为该局辖下的单位，即现在的“防治药物依赖厅”，把防治药物依赖工作，明确规范于社会工作局的职能范围内。

根据第 24/99/M 号法令，社会工作局在预防及治疗药物依赖范围内的职责，包括有下列数项：

1.构思及执行预防服用能引致依赖的物质的活动，以及治疗药物依赖者及使其重返社会的活动；

2.在预防烟草滥用、酗酒及服用能引致依赖的物质方面，总体构思及协调所开展的计划及活动；

3.负责跟进药物依赖者的治疗及重返社会的程序；

4.建议以反吸毒及治疗药物依赖者为标的的立法措施、制定规章的措施或行政措施；

5.向开展药物依赖者复康计划的非政府及非牟利组织提供技术及财政援助，尤其透过合作协议及进行培训活动为之；

6.在开展预防药物依赖、治疗药物依赖者及使其重返社会的计划及活动方面，与本地区的部门、公共或私人实体及外地的同类实体，以及国际组织合作。

澳门自 1990 年起终止了强制性的戒毒制度，目前只有自愿性的戒毒治

疗复康措施。在治疗复康方面的工作主要是以官民合作、全面关顾为主导的戒毒临床服务理念为自愿戒毒求助者提供服务与协助。除了卫生局辖下的仁伯爵综合医院急诊部及精神科病院为药瘾求助者提供短期性的治疗,及澳门监狱内设有复康小组为有药物依赖习惯的服刑者提供自愿性的复康服务外,在社工局戒毒复康处内设有一所戒毒门诊中心,中心内设有由社会工作员、心理技术员、精神科医生及专业护士所组成的专责治疗小组,为自愿戒毒求助者所面对的各种困难给予协助。并按照联合国禁毒处(UNDCP)及世界卫生组织(WHO)的有关指引,把滥用药物的治疗过程划分为下列六个阶段:

1.寻求服务的协助;

2.个案评估;

3.戒毒断瘾;

4.特殊治疗;

5.康复及社会重返;

6.自助小组。

在整个程序中,主要由社会工作员为案主做深入的治疗评估,建立适合的治疗计划,包括生理断瘾、动机激励、情绪支持和辅导、经济援助、医疗护理、家庭重塑以及重返社会培训等。于戒毒治疗完结后,亦对案主社会重返方面提供协助,主要针对其生活困境、预防重吸、提供支持网络、建立良好家庭关系及有效处理人际关系等方面。

除直接给予治疗服务外,同时向民间戒毒机构/社团提供专业技术及财政援助,和对其作出适当监管。为确保本地区戒毒服务的有效发展,政府很重视推动和协助民间戒毒社团的运作,采用官民合作的方式,推动戒毒复康服务,使药物依赖者能从各种渠道寻求适合个人的服务,并促使澳门地区戒毒服务能更多元化和优质化地发展。

澳门的民间戒毒机构/社团,主要提供长期住院式戒毒服务,现时整个澳门共有六间民间戒毒中心、一间戒毒中途宿舍、一个戒毒工作外展部及一个由戒毒复康者组成的自助团体,大部分民间戒毒服务是以宗教治疗模式为主,以官办民营方式运作。

总体而言,澳门的戒毒场所有以下几种:

1.政府戒毒复康处门诊中心

自1991年10月开始对外服务，对象包括男女自愿申请戒毒人士，并负责跟进法院转介个案。服务包括：

(1)戒毒治疗及个案跟进。门诊戒毒中心为一所特设的专业治疗中心，由社工辅导员、心理学家、精神科医生和专业护士组成的专责治疗小组。提供的具体服务包括治疗评估、生理脱瘾（采用舒缓断瘾状的药物）、情绪支持和行为督导、经济援助、医疗护理、家庭重塑以及重返社会等。

(2)戒毒谘询热线服务。于1999年2月对外开设一戒毒谘询热线，提供吸毒人士及其家人、朋友或其他团体机构询问有关资料，并安排转介或在紧急情况下作出危机介入等。

(3)转介服务。辅导社工会在戒毒者成功戒除毒瘾后，按个人需要提供一些支持服务包括职业辅导、免费医疗申请，和其他转介服务如入住民间院舍、中途宿舍或自助互助组织（更新互助联谊会）等。

2.民间戒毒治疗及康复机构（受社工局资助）

(1)澳门青年挑战福音戒毒中心（男性戒毒中心）。创立于1987年，位处离岛路环。借着信靠基督协助滥用药物者及酗酒人士。求助者不论男女可先向黑沙环佑汉区外展部进行面谈申请，通过身体检查安排入住中心。人力资源包括多位教会牧师担任圣经辅导、驻村同工两名及两名助理同工、另外展同工及义工各一名。中心提供14名额，辅导课程最少为期一年，共分三阶段：①脱瘾期：不靠药物，但有探访医生在有需要时提供舒缓断瘾状的药物，另安排同辈过来人陪伴照顾；②康复期：学员必须参与中心安排活动、职业技能培训（设修车场），并借圣经基础培训以订立人生正确目标；③重返社会期：中心开设一所中途宿舍和工作坊（洗车修车场），并安排学员在该宿舍附设的洗车屋工作，协助学员重返社会、参与教会团契生活。

(2)澳门青年挑战福音戒毒中心（女性戒毒中心）。于1995年4月成立，借用路环石排湾地段。该中心采用与青年挑战男村相同的福音戒毒模式，主要借着信靠耶稣基督，使学员重新定下人生正确目标。课程为期一年，主要分三阶段，即脱瘾期、康复期和重返社会期。该中心除有多位教会牧师担任圣经辅导外，并有驻村同工2名、义工2名及外展同工1名。然而开展以来，无论在工作人员稳定性还是学员招募上均显困难重重。

(3)澳门戒毒康复协会(简称 ARTM)。该机构母会于 1990 年在葡萄牙成立,以"治疗社区"模式向药物依赖者提供协助。1993 年在澳门开创戒毒康复协会东方支部(简称 ART),1999 年迁路环,可收纳 16 名男性及 2 名女性。机构期后改名为澳门戒毒康复协会(ARTM)。在 2002 年年初曾经停办了短时期,重整后取消了收容女性。人力方面有 5 名留宿员工,近期增添 1 名社工。借着团体和个别辅导方法,通过为期 12 个月住院方式让戒毒者完成康复程序,另设融入社会的三个月准备训练。一般收费 1,000 元,但特别情况除外。近年亦开展多项工作,如派发传单、预防及谘询站、先进学员在学校举行座谈会、每周与路环监狱的复康小组成员交流及在少年感化院举行定期活动等。

(4)澳门基督教新生命团契。于 1996 年 6 月成立,并于 1997 年中增设住院式复康服务,地点位于北区黑沙环社区的住宅楼宇内,另在附近亦设外展办事处,处理登记戒毒事宜。团契的戒毒服务以基督教信仰为原则,名额 12 名,只收男性。住院治疗康复为期一年,程序分四期:身体康复期(3 个月);品格重整期(思想重建、包括教会生活);重返社会预备期(住院 5 个月后每周 4 小时可独自外出探视家人、朋友或就医等);重返社会(早上外出工作晚上回机构生活;或早上在机构受训练而晚上回家)。机构将跟进所有成功康复离院的学员,若六个月没有出现复吸则视为成功。6 位全职工作人员中 3 位为持守多年的戒毒康复者,在心理辅导方面,除了牧师外,亦有一名社工负责。

(5)重光之家(中途宿舍)。2001 年 3 月成立,由社工局提供设施、技术辅助及财政资助,并由澳门基督教新生命团契专责管理及安排收纳等营运事宜。中心名额 8—10 名,所有男性戒毒康复者完成治疗康复程序并经有关机构/院舍转介,经身体检查后可入住。中心有 2 位全职工作员(包括 1 负责人及 1 处理行政);三位兼任(包括牧师、社工及文书);及 1 名义工(戒毒康复者)。服务包括职业训练(现设洗车、清洁维修等技能实习)、为较年轻舍友而设的基础教育(初中补习)、兴趣班(如吉他、西乐)、家属聚会及提供求职资讯及相关帮助。此外亦有季节性与基督教新生命团契住院者举办户内/户外活动。

(6)澳门更新互助联谊会。2000 年 3 月成立,为非牟利的自助互助组

织，由社工局提供资源和专业技术支持。目标主要通过文娱康乐活动及社会服务，把成功戒除毒瘾的康复者团结起来，推动他们重投社会、重建自信和保持良好操守。该会现时约有登记会员80多人，活跃会友30多人。为帮助部分会友解决失业问题，近期开设营运部工作小组，承接搬运、清洁及家居维修等工作。为了令管理完善，社工局最近为该会增设一名社工，以协助执行干事（资深康复者）推动会务，包括会员招募、社会服务参与、营运部的运作及为会员作出其他有关的个人辅导等。

3.澳门监狱内的戒毒康复小组

澳门监狱是澳门唯一的监狱，目的使被囚禁者在狱中及出狱后能够改过自新，并为囚犯提供心理辅导、医疗护理、职业培训及基础教育，举办文娱康乐及体育活动等。另外监狱亦为过去曾有滥用药物经验的囚犯进行戒毒。监狱中每月月底平均总人数为860人，吸毒囚犯约占20%。1997年成立“戒毒康复小组”，名额最多20名，供男性吸毒犯人自愿申请加入。小组内工作主要由2位技术员做专业辅导，另外亦推动其他活动包括：讲座、兴趣小组、电脑课程及体育活动等。小组亦运用朋辈辅助去协助吸毒犯渡过脱瘾期。活动经费由社会重返厅资助。

4.仁伯爵综合医院精神科（医疗戒毒设施）

隶属卫生局。该局自1993年开始定期驻派精神科医生，协助戒毒复康处门诊治疗工作、澳门监狱处理有毒瘾犯人的医疗问题及治疗因吸毒引致的副病变。同时针对一些需要24小时留院治疗的药物依赖者个案，仁伯爵综合医院（又称山顶医院）的精神科会拨出约7%的名额给予收容和治疗；另外对于一些引发精神问题的吸毒者，精神科亦会提供治疗和善后跟进。而卫生局属下的“公共卫生化验所”为各有关机构提供入院前各项传染病检查，包括艾滋病、肝炎、性病等。各区卫生中心亦协助有需要的戒毒者办理免费医疗证，解决有关医疗问题。

在澳门，无论政府或民间提供的戒毒服务，一般费用都是全免。此外，政府也会为戒毒求助者提供各项传染病的检验服务和有关传染病及减低伤害的预防教育。因为滥用药物者一般都与性滥交、受性侵犯、剥削、犯罪，尤其是与艾滋病等联系在一起。根据美国有关方面的计算，在戒毒者身上每花费1元用于协助其戒毒，将会为社会减省7元的损失。因此在这方面的

投入，并不存在是否合理的问题，而是每一个政府都应承担的人道与社会责任。对有经济困难的戒毒者，政府亦会给予短期性或长期性援助金，这些措施目的为鼓励及保障有滥用药物的人士得到适当的医疗，解决其健康及生活需要，使其早日康复，重投社会。

三、台湾地区戒毒措施概述

台湾的吸毒人口在2000年时达到最高峰（约九万四千件），近十年虽然略有下降，但也都维持在平均八万件的程度，是一个颇为困扰政府的问题。针对吸毒人口持续不降之问题，政府每年都会检讨其反毒或戒毒策略，提供各种戒毒措施，投入许多官方与民间之力量，且从2006年起开始实验"美沙酮替代疗法"，略有成效。以下仔细说明台湾戒毒措施之情况。

（一）台湾《毒品危害防制条例》相关规定：分类与刑事处遇原则

台湾地区有关毒品犯罪之相关规定最重要者为《毒品危害防制条例》，此条例将毒品依照其成瘾性、滥用性与危害性予以分类，且规范触犯者之刑事处遇程序。

依毒品危害防制条例（下称防制条例）第二条规定：

Ⅰ.本条例所称毒品，指具有成瘾性、滥用性及对社会危害性之麻醉药品与其制品及影响精神物质与其制品。

Ⅱ.毒品依其成瘾性、滥用性及对社会危害性分为四级，其品项如下：

一、第一级：海洛因、吗啡、鸦片、古柯碱及其相类制品。

二、第二级：罂粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相类制品。

三、第三级：西可巴比妥、异戊巴比妥、纳洛芬及其相类制品。

四、第四级：二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相类制品。

Ⅲ.前项毒品之分级及品项，由法务部会同卫生署组成审议委员会，每三个月定期检讨，报由"行政院"公告调整、增减之，并送请立法院查照。医药及科学上需用之麻醉药品与其制品及影响精神物质与其制品之管理，另以法律定之。

换言之，依前述规定，毒品可分为四级，政府会根据社会现况定期检讨分级及规范之项目，本书统计自2000年3月至2010年11月间，计有19次

之修正❶。

自1998年防制条例实施后,因刑事审理程序过于繁复、戒治执行期间过短致成效未达预期效果等因素,台湾乃于2003年7月修法,并于2004年1月施行新法。修法前后最大差异为简化吸毒犯刑事处遇程序,仅分初犯(含五年后再犯)及五年内再犯,初犯施予观察勒戒或戒治处分,但五年内再犯者,不再施以观察勒戒或戒治处分,而系依法追诉或裁定交付审理。另外,此次也修订观察勒戒期间为二个月,戒治期间则至少需达六个月至无继续执行必要为止。

(二)台湾地区近十年之毒品案件与强制戒治机构之效果

1.新收施用毒品侦查案件

根据各地方法院检察署新收侦查施用毒品案件统计(见表4-3),过去十年间的主要特征为:

(1)施用第一级毒品所占比例,由2000年24.2%大幅增加至2009年51.3%,第二级毒品所占比例,则由2000年的75.7%渐减至2009年的46.4%。故,施用毒品人口有由施用(含兼施用)第二级毒品转为成瘾性、滥用性及对社会危害性皆较严重之第一级毒品现象。

(2)施用第三级及第四级毒品所占比例较低,但第三级毒品案件数,由2000年之21件增加至2009年之1,465件,增加幅度逾70倍。

(3)以总案件数而言,由2000年之93,824件,降至2003年之54,341件后,逐年上升至2009年之71,483件。基本上呈现缓步上升趋势。

表4-3　台湾地区各地方法院检察署新收侦查施用毒品案件:2000—2009年❷

项目别	总计a	施用含兼施用	第一级毒品		第二级毒品		第三级毒品	第四级毒品	其他
			小计b	b/a=c	小计d	d/a=e			
	件	件	件	%	件	%	件	件	件
2000年	93,824	88,119	22,719	24.2	71,017	75.7	21	—	67

❶ 台湾地区法规数据库:《毒品危害防制条例》,http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=C0000008。访问时间:2011年1月5日。

❷ 台湾地区法务部:《法务统计》,http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=185074&ctNode=27438&mp=001。访问时间:2011年1月6日。

续表

项目别	总计 a	施用含兼施用	第一级毒品		第二级毒品		第三级毒品	第四级毒品	其他
			小计 b	b/a=c	小计 d	d/a=e			
	件	件	件	%	件	%	件	件	件
2001 年	70, 716	66, 353	25, 874	36. 6	44, 762	63. 3	22	—	58
2002 年	56, 207	51, 408	28, 616	50. 9	27, 485	48. 9	67	—	39
2003 年	54, 341	49, 467	31, 383	57. 8	22, 700	41. 8	136	—	122
2004 年	68, 713	63, 281	41, 969	61. 1	26, 202	38. 1	306	—	236
2005 年	85, 970	79, 076	50, 107	58. 3	35, 355	41. 1	308	12	188
2006 年	76, 068	67, 944	48, 854	64. 2	26, 393	34. 7	490	41	290
2007 年	86, 281	76, 838	52, 371	60. 6	32, 953	38. 2	678	14	319
2008 年	83, 187	74, 096	49, 707	59. 8	32, 461	39. 0	860	26	133
2009 年	71, 483	61, 139	36, 652	51. 3	33, 199	46. 4	1, 465	43	124

2.新入监毒品犯人数

根据 2005—2009 年新入监毒品犯[1]受刑人之统计,表 4-4 显示毒品女性与整体女性犯罪之比例为 1 : 6,显然比女性总犯罪类型中比例之 1 : 9 为高。此外,对照近五年人数增加比例,更可发现,女性毒品犯受刑人人数增幅达 16. 2%,明显高于男性受刑人之 12. 7%。换言之,近五年来,女性受刑人因违犯毒品相关法令规定入监之情况,显较男性严重许多。

另一方面,表 4-4 数字的另一个重要意义在于毒品犯之刑期结构。依防制条例第十条及第十一条第一项、第二项分别规定:“施用第一级毒品者,处六月以上五年以下有期徒刑。施用第二级毒品者,处三年以下有期徒刑”;“持有第一级毒品者,处三年以下有期徒刑、拘役或新台币五万元以下罚金。持有第二级毒品者,处二年以下有期徒刑、拘役或新台币三万元以下罚金”。对照表 4-4,遭科以一年以下及一年以上五年未满刑期之受刑人比例,合计约占 98. 9%,其中,有期徒刑一年以下者,约占 76. 9%。故可得知,近五年间毒品犯新入监受刑人,主要应系以施用或持有毒品为主,至于制造、运输、贩卖毒品者应占少数。若以 2009 年相较于 2005 年,五年以上十

[1] 毒品犯系指违反毒品危害防制条例、肃清烟毒条例及麻醉药品管理条例者。

年未满及十年以上人数增加幅度观之，则发现增加幅度分别高达 40.2%及 121%，增加幅度甚大。

表 4-4　台湾地区新入监毒品犯人数：2005—2009 年❶

项目别	新入监毒品犯											新入监受刑人总人数
	总计	按性别分		按刑期分								
		男	女	无期徒刑	有期徒刑					拘役	罚金	
					总计	未满1年	1年以上未满5年	5年以上未满10年	10年以上			
2005 年	10, 988	9, 461	1, 527	26	10, 901	8, 384	2, 020	321	176	57	4	33, 193
2006 年	12, 419	10, 511	1, 908	52	12, 290	8, 958	2, 655	437	240	69	8	37, 607
2007 年	10, 093	8, 569	1, 524	39	9, 948	7, 550	1, 608	446	344	97	9	34, 991
2008 年	14, 492	12, 427	2, 065	26	14, 341	11, 539	1, 805	557	440	117	8	48, 234
2009 年	12, 440	10, 666	1, 774	21	12, 292	10, 053	1, 400	450	389	124	3	42, 336
5 年平均	12, 086	10, 327	1, 760	33	11, 954	9, 297	1, 898	442	318	93	6	39, 272
结构比%	100. 0	85. 4	14. 6	0. 3	98. 9	76. 9	15. 7	3. 7	2. 6	0. 8	0. 1	—
2009 年较 2005 年成长率	13. 2	12. 7	16. 2	-19. 2	12. 8	19. 9	-30. 7	40. 2	121. 0	117. 5	-25. 0	27. 5

3.受观察人与受戒治人

根据防制条例之规定，第一次施用毒品者依法需进入“观察勒戒所”观察二个月，被处分者称为“受观察人”，若勒戒所评估出所后仍有继续施用毒品之倾向，则需进入“戒治所”进行强制戒治，被处分人称为“受戒治人”。成年人一般在“看守所”勒戒观察，未成年人则在“少年观护所”勒戒观察。以下说明以进入勒戒处所之受观察人与受戒治人人数增减说明台湾近年之施用毒品人数情况。

（1）观察勒戒处所进出人数

表 4-5 显示若以新进入观察勒戒处所人数观察，2009 年新入所人数较

❶　台湾地区法务部：《法务统计》，http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp = 001。访问时间：2011 年 1 月 6 日。

2005年减少5,492人，减幅约39.8%。未成年人于近5年间新进入少年观护所观察勒戒人数以2005年增加4.1%最高，但逐年减为2.1%，是一个比较令人欣慰的现象。

若以施用毒品种类区分，表4-5指出2005年因施用一级及二级毒品新入观察勒戒处所比例，各约占42.1%及57.8%，至2009年则各约占31.8%及68.1%。可知近5年因施用二级毒品新入所观察勒戒比例有增加情形。

此外，倘由出所后仍有继续施用毒品倾向而须移送戒治所在接受强制戒治者所占整体出所人数比例观察，表4-5显示除2009年之23.6%较2008年之30.0%呈现降低外，2006年至2008年间，比例均逐年升高。

表4-5　台湾地区观察勒戒处所进出人数：2005—2009年[1]

项目别	新入所					出所				年底留所
	总计	身份		施用毒品种类		总计	有继续施用毒品倾向		无继续施用毒品倾向	
		成年[2]	少年	一级	二级					
年		人	人	人	人		人	%	人	人
2005	13,797	13,224	573	5,815	7,981	13,668	3,350	24.5	10,304	1,355
2006	11,017	10,651	366	4,857	6,160	10,868	2,971	27.3	7,885	1,504
2007	10,959	10,617	342	4,222	6,737	10,659	3,144	29.5	7,505	1,804
2008	10,311	10,025	286	3,702	6,608	11,002	3,301	30.0	7,680	1,113
2009	8,305	8,123	182	2,642	5,663	8,335	1,971	23.6	6,371	1,063

（2）受戒治人数

以新入接受强制戒治人数之统计观察，表4-6显示2009年新入戒治所人数较2005年减少1,189人，减幅约37.6%。

若以受戒治者施用之毒品种类区分，表4-6显示2005年施用一级及二级毒品之受戒治人比例，各约占73.3%及26.6%，至2009年则各约占

[1] 台湾地区法务部：《法务统计》，http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp = 001。访问时间：2011年1月6日。

[2] 成年观察勒戒处所为看守所，少年为少年观护所。

65.7%及34.2%。可知,近5年施用一级毒品新入戒治所者虽有缓降情形,但比例仍高。

若以受戒治人年龄观察,表4-6显示2005年新入所之受戒治人中24岁以上未满30岁者,约占21.7%,30岁以上未满40岁者,约占42.5%,亦即24—40岁之年龄层合计占所有新入所人数之64.2%。至2009年新入所受戒治人24岁以上未满30岁者,约占11.0%,30岁以上未满40岁者,约占38.6%,合计共占所有新入所人数之49.6%。换言之,近5年间,24岁以上至未满40岁之受戒治人,占整体戒治人比例,有下降趋势,约减少14.6%。

另,若以停止或免予执行出所人数占实际出所人数比例观察,2005年及2009年分别为92.1%及97.7%。以2005年及2009年年底留所人数观察,人数分别为2,071及1,306人,年底留所人数减少计765人(约增加36.9%)。这两项数据均显示进入强制勒戒机构后之戒治效果尚称良好。唯出所后是否能停止再次施用毒品,也是戒治效果之观察项目之一。

表4-6　台湾地区戒治所新入所人数:2005—2009年[1]

项目别	新入所					出所					年底留所
	总计	施用毒品种类		年龄		总计	实际出所人数				
年		一级	二级	24—30	30—40[2]		小计	执行期满	停止或免予执行	其他	
2005	3,161	2,318	843	689	1,345	3,968	2,990	230	2,755	5	2,071
2006	2,830	2,040	790	461	1,179	4,524	2,637	154	2,480	3	2,163
2007	3,510	2,468	1,042	503	1,479	5,776	2,772	251	2,521	—	2,849
2008	3,396	2,098	1,298	471	1,437	4,146	3,696	189	3,507	—	2,499
2009	1,972	1,297	675	218	763	3,382	3,145	71	3,074	—	1,306

[1] 台湾地区法务部:《法务统计》,http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp = 001。访问时间:2011年1月6日。

[2] 24—30,系指24岁以上,30岁未满。30—40,系指30岁以上,40岁未满。

(3)再犯情形

表4-7统计显示2009年受观察勒戒人无继续施用毒品倾向出所者有6,348人,这群人至2009年年底(亦即未满1年)再犯者为588人,再犯率为9.3%。相较于2007年未满一年之再犯率为20.9%,未满1年之再犯率有减少情形。

表4-7 台湾受观察勒戒人无继续施用毒品倾向出所后再犯情形:2007—2009年❶❷

项目别 / 年	受观察勒戒人无继续施用毒品倾向出所人数	出所后再犯人数及比率—出所后至再犯时间(单位:人、%)							
		总计	6月以下	逾6月未满1年	1年以上未满2年	2年以上未满3年	3年以上未满4年	4年以上未满5年	5年以上
2007	7,482	2,550	848	718	775	209	—❸	—	—
	100.0	34.1	11.3	9.6	10.4	2.8	—	—	—
2008	7,660	1,887	764	706	417	—	—	—	—
	100.0	24.6	10.0	9.2	5.4	—	—	—	—
2009	6,348	588	494	94	—	—	—	—	—
	100.0	9.3	7.8	1.5	—	—	—	—	—

表4-8显示若以2009年受戒治人出所之3,145人为例,这群人至2009年年底(亦即未满1年)再犯者为268人,再犯率为8.5%。相较于2007年未满一年之再犯率为24.6%,未满1年之再犯率亦有大幅减少情形。

---

❶ 台湾地区法务部:《法务统计》,http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp = 001。访问时间:2011年1月6日。

❷ 本表再犯系指受观察勒戒人无继续施用毒品倾向出所后,截至2009年再犯施用毒品罪经检察官侦查终结有犯罪嫌疑者。

❸ —指3年以上之再犯人数及比率,尚无数字。

表 4-8　台湾地区受戒治人出所后再犯情形:2007—2009 年❶

项目别 年	出所后受戒治人数	出所后再犯人数及比率—出所后至再犯时间(单位:人、%)							
		总计	6 月以下	逾 6 月未满 1 年	1 年以上未满 2 年	2 年以上未满 3 年	3 年以上未满 4 年	4 年以上未满 5 年	5 年以上
2007	2, 772	1, 247	235	447	450	115	—	—	—
	100. 0	45. 0	8. 5	16. 1	16. 2	4. 1		—	—
2008	3, 696	1, 221	348	543	330	—	—	—	—
	100. 0	33. 0	9. 4	14. 7	8. 9	—	—	—	—
2009	3, 145	268	185	83	—	—	—	—	—
	100. 0	8. 5	5. 9	2. 6	—	—	—	—	—

表 4-7 与表 4-8 两项数据显示台湾受观察与受勒戒人出强制勒戒机构三年内之再犯率已经逐年减小,观察勒戒的效果颇佳。

(三)台湾当前之反毒策略与措施

1.重视不同方式、对象之反毒预防倡导

依法务部戒毒信息网,法务部目前最新之反毒策略有五大方向,多半以倡导方式之改进为主❷。

(1)建构"反毒倡导网络"

"法务部"、"卫生署"、"教育部"长期在监所、社会、医疗机构、教育机构进行反毒倡导,但成效不甚明显。2009 年时台湾地区法务部从一名华人牧师以其曾吸毒 11 年后戒毒且从事反毒 20 余年经验,拍摄了马来西亚及泰国等地吸毒者,施打毒品后身体糜烂、共享针头致感染后天免疫缺乏症候群(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS,下称艾滋病),及艾滋病发作后全身长满丘疹、肉瘤,最后并痛苦死亡过程之影片获得启发,认为透过这样强烈的影像倡导,比一般倡导成效更佳,因此经台湾地区行政院跨会讨论后,未来将于各级学校、政府机关、各种集会场合及各式媒体,播放前述剪

❶　台湾地区法务部:《法务统计》, http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp = 001。访问时间:2011 年 1 月 6 日。

❷　台湾地区法务部戒毒信息网:《十年来台湾地区毒品泛滥情形》, http://refrain.moj.gov.tw/html/index.php,访问日期:2011 年 1 月 5 日。

辑影片，使民众得知吸毒可能产生之严重不良后果，避免因好奇、同侪压力而接触毒品，远离毒品诱惑。

(2)建构“拒毒空间”

台湾地区法务部认为检、警、调等司法机关查获毒品处所中，不论是吸食或贩卖毒品处所多半为公众出入营业场所，故邀集各界设计“拒毒空间标识”并成立专线检举电话，并广征反毒志工及团体，于各地公众出入场所张贴标识，提醒民众发现吸毒、贩毒者时，实时拨打免付费专线通知司法人员前往查缉，借此形成一完整监视网络。

(3)建构“戒毒信息网”

台湾地区法务部也透过建置戒毒信息网站详尽说明毒品相关法令、常见毒品毒性、染毒症状及戒毒案例，并以远距互动方式，建立吸毒者与戒毒机构沟通桥梁，同时邀请有意愿戒毒者参与戒毒过程之咨商与辅导。

(4)各县市成立“毒品危害防制中心”

台湾地区法务部自2006年12月于各县市成立“毒品危害防制中心”，这个分布在各地方政府的中心，主要目标是借由台湾当局与地方机关共同投入资源，同时兼有组织横向资源链接功能，共同推动拒毒、戒毒工作。

(5)推动“戒毒成功计划”

台湾地区法务部认为反毒工作首重三级预防观念：“一级预防”向社会大众倡导毒品可怕；“二级预防”向高危险之特定人员倡导(例如高关怀学生、高风险家庭、特种及其他高危险场所之工作人员)；“三级预防”则向戒毒者倡导戒毒资源及艾滋病的危害。

三级预防之观点，可针对不同类型民众，全面宣扬反毒观念，并调配资源于最需要之处。三级预防中以第三级戒毒者最需要社会大众的接纳及帮助，法务部也将之列为关怀重点，拟定“戒毒成功计划”，设置戒毒成功专线(0800—700885)及戒毒求助网络(http://refrain.moj.gov.tw/)，以协助戒毒者缩短摸索期，并扩大对戒毒者之服务，期使戒毒者及其家人实时取得协助管道、接受转介服务，尽速戒除毒瘾，复归社会。

此外，为使戒毒者及其家人有效运用上述服务，也订定具体措施及结合公共部门(例如：各地检察、政风、矫正及行政执行等机关)加强倡导。倡导方式主要有：张贴海报、播放倡导影片、发放文宣品(或纪念品)、电子广告

牌、网络倡导、安排倡导课程及户外广告牌等[1]。

2.具体戒毒措施与投入资源

台湾地区近十年内投入许多资源在协助施用毒品犯之戒毒措施上，除了增强强制观察戒治机构功能外，也试图与结合医疗资源共同戒毒。另一方面，延伸小区的戒治与更生资源，且勇于尝试新的实验方案，如2006年开始实施之“替代疗法”即为一例，以下分别说明之。

(1)强化强制观察勒戒机构

台湾地区分别于2006年1月及10月成立新店、台中戒治所，以及高雄、台东戒治所等四所独立的强制戒治机构。且为了强化其戒治效果，也修法延长观察勒戒、强制戒治处遇期间，自2006年4月起将原订21日逐步延长为40日，使受戒治者于戒治所内接受之各项处遇计划或辅导方案能更趋完善，且落实核实考核受戒治者表现，以确保戒治成效。台湾地区法务部的统计数据显示自2006年4月至同年11月止，观察勒戒期间平均为56日，强制戒治期间则约为283日[2]。

独立戒治所的成立与观察戒治时间加长，若在机构内无良好的戒毒处遇方案，效果无法期待。因此，强化在机构内观察勒戒成效，也是资源投入的重点之一。台湾地区法务部依防制条例第27条规定，也于各看守所及少年观护所附设勒戒处所研拟观察勒戒40日作业流程，安排系列之戒毒辅导、宗教辅导、法治教育、卫生教育等相关课程，以利勒戒处所遵循办理，强化机构内的处遇流程与内涵。

除此之外，观察勒戒处所也将医疗资源纳入机构内，由卫生署精神医疗网台北、北部、中部、南部、高雄、澎湖、东部七责任区域之核心医院支持。至于支持方式系由各看守所及少年观护所分别与支持医院签订医疗合作契约，并由各医疗院所视机关运作状况，依议定时段调派相关医护人力(包括医师、护士、临床心理师或社工员)支持，并依支持时间核发医师应诊费及

[1] 台湾地区法务部政风司:《98年戒毒成功计划全面结合公部门通路倡导重要措施》，http://www.ethics.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 148150&ctNode = 12069&mp = 189，访问时间：2011年1月10日。

[2] 台湾地区法务部:《法务统计》，http://www.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 185074&ctNode = 27438&mp=001，访问时间:2011年1月6日。

医疗人员支持工作费[1]。

此外,依据防制条例第二十条规定:"……受观察、勒戒人有继续施用毒品倾向者,检察官应声请法院裁定或由少年法院(地方法院少年法庭)裁定令入戒治处所强制戒治……"换言之,观察勒戒处所时,受观察人需要接受评估是否仍有继续施用毒品之可能,而受观察勒戒人"有无继续施用毒品倾向"判定评估事宜,系由卫生署邀集相关机关及专家学者共同研订"有无继续施用毒品倾向评估标准"[2]之表格,据以实施。这也是医疗机构与观察勒戒机构合作的一种模式。

(2)整合戒治医疗资源之处遇模式

这项模式的做法很多,第一种是将强制戒治与医疗资源结合,一方面互补专业所长,另一方面也能增加戒毒投入之资源。主要做法是由政府拟定戒治医疗整合试办计划,推动受戒治人在机构内及机构外之戒治医疗服务方案,使受戒治人于机构内即能接受完整药瘾之医疗照顾,并于出机构后能顺利衔接所外小区医疗系统的药瘾治疗及追踪。以 2006 年为例,全省之北、中、南、东,分别推出类似的结合处遇模式,位于台北之新店戒治所与台北市联合医院松德院区及卫生署署立桃园及八里疗养院合作、台中戒治所与卫生署署立草屯疗养院合作、高雄戒治所与卫生署署立嘉南疗养院合作,而台东戒治所则与卫生署署立玉里疗养院合作。

第二种方式是积极办理毒瘾戒治暨小区复健计划,让司法与医疗机构合作。"法务部"鉴于毒品成瘾问题背后往往有其复杂而非单一的原因,并且吸毒成瘾者之原有社会网络及家庭人际关系多已不再健全,往往离开医疗院所或是司法体系的勒戒及戒治处所后,却因为没有一个能延续治疗成效及提供后续心理及职能复健的机构,使其又再沉沦吸毒,形成一个永难超脱的恶性循环。

---

[1] 监察院公报:《监察院公报第 2600 期》,《监察院公报》,http://www.cy.gov.tw/AP_Home/Op_Upload/eDoc/%A4%BD%B3%F8/97/0970000212002000002.doc。访问时间:2011 年 1 月 5 日。

[2] 有无继续施用毒品倾向之评估标准,系依据勒戒处所评分说明手册规定,以人格特质(毒品犯罪相关司法记录、其他犯罪相关记录、短期内再犯加重计分、行为观察)、临床征候(戒断症状、多重药物使用、注射使用、使用期间、情绪及态度)及环境相关因素(社会功能、支持系统)三项合并计算分数,得到分数越高,有继续施用毒品倾向越高。

为使出监所后之毒品犯能有效戒除毒瘾，台湾地区法务部乃与卫生署于2006年8月共同合作办理“毒瘾戒治暨小区复健计划——法务与医疗合作模式”，由“法务部”提供场地，卫生署提供经费，由台湾南投地方法院检察署、台湾更生保护会南投分会及卫生署草屯疗养院，利用台中监狱草屯分监既有的房舍及土地，共同办理全国第一家治疗性小区[1]，即针对离开监狱、戒治所之吸毒犯或有毒品成瘾的民众，在脱离司法机构的戒瘾处遇或结束门诊或住院治疗后，可以自愿性地进入这个治疗性小区，由专业的医疗团队提供全天候的心理复健、职能训练、转介就业等治疗辅导，并于成员离开治疗性小区后，由医疗（卫生署草屯疗养院）及法务（台湾南投地方法院检察署及台湾更生保护会南投分会）单位持续追踪辅导，提供各种协助，以助吸毒者稳定适应及顺利复归社会。

第三种方式是建立毒品犯受保护管束人医疗戒瘾模式。2005年时为加强防卫社会安全，避免假释或缓刑的受保护管束人在保护管束期间内再犯罪，特别督导所属各地方法院检察署自2006年年初起，广泛结合医疗资源共同办理咨商团体或治疗团体，期待借由专业化、系统化的小团体治疗模式，在精神科医师、心理师、社工师等专业人员带领下，适时运用团体动力，增强受保护管束人自我认知及重新学习适应社会行为技巧，以助其稳定适应社会生活。

前述戒瘾模式结合了毒品危害防制中心更积极办理毒品犯团体咨商治疗。此外，在吸毒犯接受保护管束期间内，亦提供个别咨商、艾滋防治卫教倡导、艾滋病筛检、毒品减害计划倡导、转介就业等辅导，以深化吸毒犯心理辅导效能，协助成功戒毒，并配合加强采验尿液等外在监督措施，而达到预防再犯的目的。

（3）推动“毒品犯辅导计划”，扩大戒毒处遇实施对象

法务部通过毒品犯受刑人基本资料及毒品施用情形等相关资料搜集与评估后，将在监及出监前分为两阶段，分别在监所落实个别、类别教诲，各监所并主动广纳社会资源及引进各地卫生局或医疗机构，提供戒毒辅导方案

---

[1] 治疗性小区（therapeutic community）可使毒品施用者学习或重新建立健康的功能、技巧及价值，同时重新获得身体上及情绪上的健康，达到复健的功能，此外并透过自助与互助，完成个人自我治疗。

或戒瘾相关卫教讲座。同时,各监所也全力配合卫生署“毒品使用者爱滋减害计划”[1],对于特定毒品施用受刑人,于其出监前加强相关卫教倡导,及协助办理替代疗法[2]之收案评估前置作业。

(4)延伸小区追踪辅导机构

为了让施用毒品者在监所机构内、外均能有效之协助、追踪,政府特别针对出监之毒品犯,透过观护系统、更生保护服务、各地方之毒品危害防制中心,落实小区追踪辅导机制。具体实施的内容包括:

其一,监狱部分

主要为具高再犯危险之出监者,通报居住地之毒品危害防制中心持续追踪辅导。同意出狱吸毒者若愿意接受更生保护,则通报各地之更生保护分会给予协助并追踪辅导。假释出监者,则函送各检察署观护入室持续追踪辅导。

其二,戒治所部分

包括引进医疗资源,提供受戒治者机构外之追踪辅导。另由各戒治所积极与各地方毒品危害防制中心联系,规划推动受戒治者出狱后之小区追踪辅导、资源转介等预防复发措施。

(5)实验替代疗法,亦称为“减少毒瘾者对社会治安危害的医疗更生方案”

本方案2006年开始时由台南地检署、台南观护志工协进会、卫生署署立嘉南疗养院、台南县政府毒品危害防制中心、台南市政府毒品危害防制中心、劳委会职训中心、就业服务站共同推动。

通过医疗行为,针对检察官受理侦查二次施用海洛因之被告,经专业评

---

[1] 台湾地区法务部矫正署新店戒治所:《毒品使用者艾滋减害试办计划》,http://www.sdb.moj.gov.tw/ct.asp? xItem = 99505&ctNode = 14513&mp = 192。访问时间:2011年1月16日。

[2] 主要执行策略为:“清洁针具计划”及“替代疗法计划”,借由提供药瘾者整合性的服务,包括提供清洁注射针具与稀释液、教育辅导咨商,及正确的咨询与转介治疗管道,协助毒品使用者及其家人进行艾滋病毒筛检,及回收使用过的注射针具,保护小区不被丢弃的使用过针头污染环境。另基于两害相权取其轻,面对毒瘾者戒除毒瘾不易,提供其替代疗法之选择,期借实施药瘾治疗及完整之身心理评估及辅导追踪配套措施,减少其感染艾滋病的机会,以达成全面防治艾滋病之目的。

估筛检并同意接受本方案后，检察官即给予缓起诉2年，并命令被告应立即接受6个月的替代性维持药物治疗及心理治疗，使毒瘾者服用美沙酮(Methadone)替代对海洛因的渴求与依赖，减少毒瘾者为购买及施用海洛因而造成的社会治安危害(衍生性犯罪)，重建毒瘾者的生活型态与生产能力。其目标是降低毒瘾者因共享针头感染艾滋病毒所造成公共卫生问题，减少毒品犯衍生性犯罪所造成的犯罪问题，以及疏解监所人满为患的超额收容压力，更期待借此使毒品犯回复正常生活，增加社会生产力。

所谓“美沙酮替代疗法”国外行之有年，基本原理就是以生物、心理及社会医学模式为基础，让毒品成瘾者使用和海洛因有类似药理作用的替代药物，经口服使用以补充海洛因成瘾者体内内源性鸦片量的不足。该治疗原则是使用长效药品代替短效毒品，用低成瘾性药品代替高成瘾性毒品。美沙酮与海洛因同属鸦片类，都是一种典型 μ-receptor 致效剂，在服用美沙酮后，它会占据脑中的 opioid recptor，进而使毒瘾者降低对海洛因的依赖。

通常毒品成瘾者在消除戒断症状后，继续定期给美沙酮进行维持治疗，可使病人恢复正常的生活状态。有些人在严密监测下，可以缓慢减少美沙酮使用剂量，逐渐达到减毒进而戒除。虽然多数人仍需要长期，甚至终身使用美沙酮，但美沙酮半衰期比海洛因长，一天只需给药一次，即可有效阻断因使用海洛因产生的欣快感，减少海洛因成瘾者的渴瘾行为，使戒毒者有时间工作，复归社会，以及减少因共享针具，而感染血源性传染病的危险性[1][2]。

但这样替代疗法也有其副作用。美沙酮属于鸦片类致效剂，其副作用与其他鸦片类药物相似，例如头重脚轻、眩晕、镇静、恶心、呕吐、便秘及多汗。大部分的副作用会在治疗后数周内消失，但便秘及多汗可能持续存在。类似其他鸦片类止痛剂，使用者长期服用后，会对大部分副作用产生耐受性。然而，美沙酮其药理特性不同于其他鸦片类药物，从服用至血中浓度达到最高为止的间隔时间甚长，半衰期长且因人而异，组织分散度大，而且在

[1] 陈乃钏、杨延寿、李之微：《美沙酮替代疗法》，《基层医学》2009年第24卷第2期，第61—65页。

[2] 张仁鸿、王裕惟、苏世斌：《美沙酮之临床用途及副作用》，《家庭医学与基层医疗》2009年第24卷第7期，第254—257页。

接连服用后会累积于体内❶。

另一方面，美沙酮产生的戒断症状与海洛因或吗啡相似，戒断症状通常会在突然停药后24至48小时，或并用鸦片类拮抗剂时发生。虽然持续时间较长，但比海洛因的戒断症状轻微，包括有紧张、忧郁、坐立不安、流泪、流鼻水、打哈欠、颤抖、流汗、冒冷汗、恶心、呕吐、腹痛、食欲减退、肌肉骨头酸痛、瞳孔放大等❷。

(四)小结：替代疗法是否为台湾地区戒毒模式未来之希望？

本节前述讨论了台湾地区毒品戒治的相关规定，目前毒品案件之趋势，以及政府投入之资源与措施，初步看起来，通过机构内(观察勒戒处所、戒治所、监狱)一段时间的隔离的确可以降低施用毒品者对毒品之依赖性，出狱后的再犯追踪近三年也有一定的成效进步，但是眼见每年还是有7万至8万施用毒品案件之巨幅数量与毒品成瘾问题，光靠监所机构的资源，成效似乎已经到达其极限。政府于是开始注意小区资源以及医疗资源的联结，尤其是结合卫生署之医疗机构试办的替代疗法，更是一个非常前卫的做法。由于初步实施的效果不算差，目前政府似乎有意评估将戒毒措施之未来希望与资源分配在此方案中。但把希望放在替代疗法前，我们应该仔细评估台湾如何推动、实施此方案，以及方案之成效。

卫生署推动“替代疗法计划”，主要目的是为减少透过静脉注射毒品感染艾滋病毒，卫生署称此为“毒瘾艾滋减害计划”，简称“减害计划”(harm reduction)，认为此方案可以降低使用药物造成的负面健康、社会及经济影响。其主要策略为❸：

第一，改善取得清洁针具的途径，减少反复使用及共享针具的必要性。反复使用及共享针具的行为，让注射药物者暴露在血液体液传染病(如B型/C型肝炎及感染艾滋病毒)的风险。

---

❶ 卫生署疾病管制局主编：《美沙酮替代疗法治疗指引》，台北：卫生署疾病管制局2007年版，第3—44页。

❷ 陈乃钏、杨延寿、李之微：《美沙酮替代疗法》，《基层医学》2009年第24卷第2期，第61—65页。

❸ 卫生署疾病管制局主编：《美沙酮替代疗法治疗指引》，台北：卫生署疾病管制局2007年版，第3—44页。

第二，提供安全注射方法的信息。

第三，提供预防及处理海洛因服用过量的相关信息。

此项方案实施覆盖面为何？根据卫生署之评估，自2006年2月10日开始试办替代疗法至2007年10月止，共计20个月时间，计有52家医院提供美沙酮替代疗法，署立医院有19家，累计治疗人数12,145人，而至署立医院治疗者有5,529人，占服务总量的46%。以卫生署桃园疗养院为例，至2007年10月10日为止，累计治疗1,995人，服药161,258人次，服务量占桃园县治疗人数的72%，占全省治疗人数的16%，且每日固定返院里服用美沙酮者高达八成以上。根据桃园疗养院数据显示，治疗三个月后，个案就业率由43.6%提升至75.3%，每月收入从新台币（下同）2万元增加至2万9千元，平均每月海洛因花费亦由6万元降至8千元。

学者的研究[1]也发现美沙酮替代疗法对于药瘾者降低犯罪率及海洛因再使用情形，确有成效。这样研究系以台湾北部地区美沙酮替代疗法为例，除了说明此政策之实施背景外，以三年期之追踪研究评估方案之成效，进而估计成本效益。研究发现追踪个案至第18个月后，约有40.23%个案，仍登记于替代疗法记录中；有30.2%个案因毒品再犯入监服刑；部分个案生活质量获得改善，特别在心理层面的改善更为显著；部分个案对海洛因依赖程度显著降低，但对就业、薪资则无显著改善。

李思贤等人经过三年研究后，综合评估替代疗法直接节省之戒治效益及就业效益后，估算出政府每花费1元于美沙酮替代疗法，约可产生13.687元之戒治效益。总体而言，方案比原先的机构戒治模式更具有成本效益。

另一个研究[2]发现其研究之个案在治疗满三个月后，于物质使用行为、高危险行为、身体健康情形、社会功能都有显著进步。此外，尿液药物筛检显示，吗啡阳性率在治疗后比治疗前显著下降，虽然尿液吗啡阳性率仍高，

---

[1] 李思贤、王荣德、王博恩、王永卫、方启泰、任全钧、武维馨、陈耀谦、游锦云、郑保志、刘宜廉：《台湾北部地区美沙酮替代疗法实施背景、成效及成本效益：三年期追踪研究》，台北：卫生署2010年版，第48—53页。

[2] 周孙元：《美沙酮替代疗法治疗海洛因成瘾之成效及影响治疗持续性之相关因子探讨》，《社团法人台湾成瘾科学学会2009年年会暨学术研讨会摘要集》，社团法人台湾成瘾科学学会2009年版，第1页。

但是实际上药物使用的频率已经大幅下降，受到毒品控制而造成社会心理功能障碍已经改善。

至于陈建坊等人[1]也分别就美沙酮和丁基原啡因等二种药瘾戒治替代疗法，进行成本效益分析。他们的研究认为在成本方面，经过替代疗法服药满三个月后，服用美沙酮者平均一个个案花费为18,303元，服用丁基原啡因者平均一个个案花费为28,135元。若服药满六个月后，美沙酮服用者平均一个个案花费为31,950元，丁基原啡因服用者平均一个个案花费为49,604元。

陈建坊等人的研究也发现在效益方面，服药满三个月时，美沙酮服用者平均戒断率为24.4%，丁基原啡因服用者则为15.1%。服药满六个月时，美沙酮服用者平均戒断率为18.7%，丁基原啡因服用者为14.7%。

陈建坊等人认为不论是美沙酮还是丁基原啡因替代疗法，对于个案在海洛因的戒断上皆具有效益。但整体而言，美沙酮替代疗法之成本花费较丁基原啡因替代疗法为便宜，但从戒断率的效益来看，两者的差异没有统计的显著性。

从前述官方与学者进行的评估研究成果来看，美沙酮替代疗法或称为减害计划，均比原有之观察勒戒、戒治或监所机构更符合成本效益，也符合卫生署希望达成之卫生健康理想（如共享针头导致之艾滋病或其他传染疾病盛行）。虽然明知替代疗法仍有其副作用，但台湾地区在司法监所机构资源有限的情况下，似乎愈来愈倾向于未来广泛采用替代疗法之戒毒措施。这也可作为大陆、香港、澳门未来戒毒措施或政策之参考。

---

[1] 陈建坊、简以嘉、唐心北、李文光、江明泽、谭秀芬、司彦翔：《分别以美沙酮和丁基原啡因为药瘾戒治替代疗法之成本效益分析》，《社团法人台湾成瘾科学学会2009年年会暨学术研讨会摘要集》，社团法人台湾成瘾科学学会2009年版，第6页。

第五章　吸毒预防

第一节　中国大陆吸毒预防的基本策略

一、加强禁毒宣传教育

(一)禁毒宣传教育的对象

1.青少年

近几年以来,初中和高中的青少年在吸毒人群中所占的比例急剧上升,并且从发达国家迅速向发展中国家蔓延,整个社会因为青少年的吸毒比例上升而深受其害。吸毒问题早已变成一个世界性问题,它严重地威胁着整个人类——尤其是青少年的健康和发展。因为青少年是我们国家的未来,所以要十分重视对青少年的禁毒、预防艾滋病等吸毒相关疾病的教育,使得他们的身心朝着健康的方向发展,使得青少年可以在健康环境中生长而不受毒品的侵害。给予青少年一个正常的世界观和人生观的教育,可以从根本上控制毒品泛滥的现象,使得我们这个社会的禁毒工作能顺利地开展下去[1]。

2.高危人群

吸毒的高危人群是指容易沾染毒品的人群。在我国,容易接触毒品的高危人群,从年龄段来看,以青少年为主;从从事的职业来看,以社会无业闲散人员和城市流动人口居多;从文化教育层次来看,文化素质低的占多数,受教育程度普遍在高中以及高中以下。从理论上讲,任何人只要有机会接触毒品都有可能成为吸毒者,在现实社会中有高危人群更容易沾染上毒品。

---

[1] 《青少年禁毒倡议书》,2006年。

由于上述原因,我们应该加强面向容易接触毒品的高危人群的禁毒预防和宣传教育,这是我们有史以来开展禁毒工作的重点,做好了这个环节,我们的禁毒工作在未来将会取得令人瞩目的成绩❶。

3.吸毒人员

吸毒对普通人的身心极其不利,毒品成瘾之后有可能导致精神分裂、血管硬化,严重影响人体的生殖和免疫能力;吸毒者因相互使用注射毒品的针头而感染艾滋病占艾滋病感染者的大多数,世界上超过一半艾滋病患者都是由注射毒品而感染的。据国外有关部门统计,从吸毒成瘾到死亡平均只需要 8 年的时间。吸毒人员对家庭和社会的危害是巨大的和无法弥补的。首先,吸毒需要耗费巨大的资金,一个家庭如果有人吸毒,那么这个家庭无论多么富有最终都会破产。吸毒者的人生观和价值观都会发生极大的变化,道德和法律对吸毒者的约束力度是非常差的,而吸毒者的后代往往有先天痴呆畸形的风险。吸毒者成瘾之后,毒品就会成为其生活的全部,在毒瘾的逼迫之下,可能做出危害他人和社会的事情,盗窃、抢劫、诈骗、勒索、伤害、卖淫等违反法律的事情出现在毒品成瘾者的身上是屡见不鲜的,甚至有许多人为了满足自己对毒品的需求去贩卖毒品,对于社会治安而言是个非常严重的危害因素,并且使得整个社会的风气会每况愈下。

4.存在严重毒品问题的地区的常驻居民和流动人口

最近几年毒品问题在国内各个地区的蔓延,带来的危害日渐深重。尤其是在靠近西南边境地区和沿海的各个省份,毒品问题已经影响当地人民群众的安居乐业和社会的治安秩序,这种情况应该引起我们的足够重视。在西南边境地区和沿海各个省份,如果外来务工人员和流动人口吸毒的话,那么对于毒品问题的控制将会是个很大的挑战,毒品的流通与泛滥也会加剧各种社会问题。如果我们能把毒品问题严重地区的居民和流动人口的禁毒教育工作做好,让他们充分意识到毒品所带来的巨大社会问题,在这种环境下就可以摧毁毒品问题赖以滋生的土壤,毒品也就不可能经由这些人而流通到其他地方,从而降低贩毒案件的发生率,经由国境线和沿海偷渡等毒

❶ 《2010 年全国禁毒宣传教育工作重点》,2010 年。

品的运输渠道也能够被很好地控制❶。

5.参与贩毒的公职人员

参与贩毒的公务人员主要由三部分人组成：一部分是在第一期禁毒运动中漏网的毒贩以各种不正当的方式混入国家运输行业❷。二是以拉拢的办法将国家公职人员发展为贩毒分子。他们多以免费为国家公务人员提供毒品、用巨额金钱贿赂、美色引诱等手段，把公职人员甚至缉毒的公安干警变成他们的同伙，为他们的贩毒活动提供保护。三是旧公职人员，恶习不改，继续贩毒，成为国家公职人员贩毒的主体。公务人员如果不能严格要求自己并且与贩毒分子划清界限，一旦在他们的诱惑下染上了毒瘾，就会严重损害党和政府机关干部的良好形象，在社会上造成的恶劣影响更是难以弥补的。

（二）禁毒宣传教育的内容

1.禁毒简史

可以说，中国是世界上开展禁毒运动最早的国家，大约有二百多年的历史。1729年（雍正七年）清廷颁布了中国历史上第一个禁烟诏令，它标志着中国禁烟历史的开端。嘉庆年间（1796—1820年）英、葡等帝国主义国家的鸦片商无视清政府的禁烟诏令，向中国大量走私、贩卖鸦片，使得国家的白银大量外流，严重打击了中国的贸易和金融业的发展，使得国人的体质每况愈下。乾隆中期之后，吸食鸦片的人数逐年增多。为了制止在全国特别是沿海地区吸食鸦片风气蔓延，1796年嘉庆帝继位后，立即下令禁止从海外进口鸦片，废除鸦片输入的关税。1800年嘉庆帝又命令严格查处进口的一切鸦片，并严禁国内农民种植罂粟牟利。

1838年12月，道光皇帝见国内的鸦片日益横行，并且禁烟令形同虚设，遂任命林则徐为钦差大臣前往广东查禁鸦片。林则徐会同两广总督邓廷桢、水师提督关天培等缉拿烟贩，整顿广东海防，命令外国商人交出鸦片，将从英、美商人处缴获的两万多箱（约120万公斤）鸦片在虎门付之一炬。虎门销烟这一壮举震惊了海内外，彰显了当时清政府禁毒的决心。后来由

❶ 刘源：《浅析西南地区毒品犯罪现状及对策》，中国检察网，2007年。

❷ 《伟大的戒毒历史——记共产党解放3年禁绝毒品》，铁血网：http://bbs.tiexue.net/post_3968294/1.html，陆军论坛，2009年12月1日。

于清廷的腐败和闭关锁国导致的国力衰弱,在与帝国主义列强进行的鸦片战争中失败,随即国内的禁毒形势又是一片灰暗,最终导致林则徐的一片苦心付之东流。

1840 年鸦片战争以后,帝国主义列强以钢船铁炮打开了中国闭关锁国的大门,大规模向中国倾销毒品,使无数中国人丧尽家财和尊严,从中国攫取了巨额的银两。他们不仅不对自己的行为感到可耻,竟然把备受他们毒害的中国人称为"东亚病夫"。饱受折磨的中华民族在茫茫毒海中苦苦挣扎,中国人民在鸦片的火海中煎熬,而帝国主义列强却恬不知耻地依仗着洋枪洋炮逼迫中国割地赔款,将中国瓜分成一块块属于他们自己的殖民地。前事不忘后事之师,我们要谨记这些血淋淋的历史,不让同样的事情再次发生在中华民族的身上。

1856 年(咸丰六年)10 月,英法两国为了扩大其在中国的各种利益,扩大鸦片贸易并使其合法化,向中国发动了第二次鸦片战争。不出所料,腐败无能的清政府再次在战争中败北,战争结束后清政府向帝国主义列强妥协,签署了一系列丧权辱国的不平等条约,如《天津条约》、《瑷珲条约》、《北京条约》,拱手让出了各种权益并割让了大片的领土。随后万恶的鸦片贸易变得合法化。从 1861 年到 1890 年,在 30 年中,鸦片的年平均进口量保持在 66,900 担左右,1879 年、1881 年、1888 年、1889 年和 1890 年的进口量波幅上扬超过 7.5 万担,1879 年为 8.3 万担,达到历史最高峰。清政府早期为之辛苦努力的禁烟行动最终失败。第二次鸦片战争之后,国内开始广泛种植罂粟。1890 年前后,鸦片流毒在中国已然泛滥成灾,上至朝廷大员下至黎民百姓都有人吸食鸦片。

1884 年中国在与日本进行的甲午战争中失败,随后鸦片问题作为国家耻辱与衰败的象征,越来越受到了有识之士的抨击,知耻而后勇,禁烟呼声空前强烈,不少地区出现了自发的禁烟团体,开展了多种禁烟的宣传活动。1906 年 9 月 20 日,光绪帝明降谕令,宣布严厉禁止鸦片的进口与买卖,同时种植罂粟也会被严格查处。此时,随着中国鸦片市场逐渐由本地农民种植的罂粟所垄断,英国对华鸦片贸易利润逐年减少,同时英国本国人民反对鸦片贸易的呼声与日俱增,英国政府对鸦片问题的态度也有所转变。清政府经过与英国的多次谈判,双方终于在 1908 年 3 月签订了《中英禁烟条

约》。这是中国人民奋斗多年的一个结果,对于饱受鸦片荼毒的中华民族来说,这算是一个伟大的进步。

1909 年 2 月 1 日,中、美、法、德、日、荷、葡、巴、俄等 13 个国家的 41 名代表,在上海举行了万国禁烟会议,这是世界近代史上第一次禁毒大会。这次禁毒国际会议,推动了清政府禁烟运动的继续向前发展,全国大部分地区都已经禁绝了鸦片的种植,绝大部分烟馆纷纷倒闭,吸食鸦片的人数剧减。1911 年 10 月,辛亥革命爆发。在孙中山先生领导下,民国初年的禁烟活动取得了巨大的成功,全国范围内禁绝了罂粟种植,彻底断绝了鸦片危害的根源,并促使英国政府履行与清政府签订的《中英禁烟条约》,完全终止了印度鸦片对中国的输入,最终鸦片的问题得以解决。

1917 年后,随着国内再度动荡,各地军阀为增强其经济实力,以鸦片烟税为财源,竞相开放烟禁,民国初年的禁烟成绩不复存在,使得国民再次陷入水深火热之中。1935 年 4 月,国民政府军事委员会向全国发布禁烟通令,公布了《禁毒实施办法》和《禁烟实施办法》,并且逐步禁止了罂粟的种植。以 1935 年最后登记截止人数为准,按烟民年龄分期要求他们强制性禁止吸食鸦片,分为五期,以一年为一期,每年烟民的数目至少递减 1/5,至 1940 年年底完全戒绝。禁运、禁售方面,按照分期戒吸的需要,由禁烟督察处实行公运,严禁私运。

新中国成立前夕,由于国民党政权的腐败无能,想通过鸦片来攫取巨额的经济利益,全国大量耕地被用于种植鸦片原料罂粟。在对西南区的调查中显示,云南省罂粟种植面积占耕地总面积的 33%,贵州安顺地区的情况是家家都在种植罂粟;西康省种罂粟土地占耕地面积的 48%以上;整个凉山地区罂粟种植户占各县总户数的 60%—80%。据不完全统计,新中国成立前西南区种罂粟曾多达 1, 545. 46 万亩,以亩产 15 两计,年产烟片 2. 3 亿两。如果用这些土地种粮,以亩产 230 斤计,年损失粮食 35. 55 亿斤以上。旧中国烟毒危害之广之剧烈是我们所无法想象的,仅新中国成立前夕西南地区烟民数量就高达 600 余万,占总人口 8%。无数成瘾者不仅把自身的体力耗光,还耗散资财,导致妻离子散,沦为游民无赖小混混,靠坑蒙拐骗为生,造成劳动力的大量丧失,严重影响社会治安和社会生产。到 1950 年春,西康、川南地区严重饥荒,主要是因为大部分的耕地都用于种植罂粟造成粮

食的逐年减产，进而出现了如此严重的情况。

1950年2月24日，中央人民政府政务院即向各大行政区人民政府（或军政委员会）及中央直辖省市人民政府发出了《严禁鸦片烟毒的通令》，命令各省市积极开展禁止烟毒工作。《通令》指出："自帝国主义侵略我国，强迫输入鸦片，为害我国已百有余年。由于封建买办的官僚军阀的反动统治，与其荒淫无耻的腐烂生活，对于烟毒，不但不禁止，反而强迫种植，尤其在日本帝国主义侵略下，曾有计划地实行毒化中国，因此戕杀人民生命，损耗人民财产，不可胜数。现在全国人民已得解放，为了保护人民健康，恢复与发展生产，特规定严禁鸦片烟毒及其他毒品的办法。"

1979年临近我国西南边疆的世界第一大毒源——"金三角"地区的毒枭利用我国对外开放的时机，建立了一条新的贩毒通道：缅甸—云南—广州—香港。此后，中国警方不仅发现大量的过境毒品，同时也发现种植、贩卖、吸食毒品的情况愈演愈烈，以至于一发而不可收拾。虽然警方的打击力度是非常强的，但是毕竟不能从根源上解决毒品贩卖的问题，随即我国将禁毒教育作为一项大事来抓，制定了相关的法律，期望通过对广大的人民群众进行禁毒相关的法制教育，使人们提高对于毒品危害的忧患意识，从而达到从思想根源上禁止毒品的目的。1979年7月1日，五届人大二次会议审议通过了新中国第一部刑法典，该法171条明确规定了制造、贩卖、运输毒品罪。1983年，在全国举行的"严打"斗争中，制售、贩卖毒品的犯罪行为30年以来首次被列入了重点的打击对象。同年，全国人大常委会通过了对刑法第171条的补充规定：制造、贩卖、运输毒品情节特别严重者，可判处无期徒刑直至死刑。1990年12月28日，《全国人大常委会关于禁毒的决定》正式出台，明确规定：走私贩卖制造海洛因50克、鸦片1,000克以上，依情节可判处无期徒刑直至死刑。1987年、1988年国务院分别公布了《麻醉药品管理办法》和《精神药品管理办法》。我国是最早签署和批准1988年联合国《禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》的国家之一。1995年1月12日国务院发布了《强制戒毒办法》，这一重要法规的颁布实施，对依法戒毒、遏制毒品消费起到了极其重要的作用[1]。

---

[1] 引自姚建龙：《我国禁毒法之历史、现状与未来》，北京大学法律信息网，2004年。

2.国内外禁毒斗争现状

2005 年 4 月,国家禁毒委员会在全国展开了一场大规模的禁毒人民战争。到 2008 年,全国各地区以及有关部门紧紧依靠广大人民群众,充分调动社会各个阶层的力量,通过严密的计划,在禁毒预防、禁止吸毒,戒毒工作、严打制售贩卖毒品、对禁毒人员进行严格培训等诸多方面做了卓有成效的工作,由此极大地推动了禁毒人民战争的全面开展,从根源上打击了毒品交易,降低了毒品的危害,制止了新吸毒人员的大量滋生,全国的禁毒形势总体看好。

经过之前的不懈努力,一些之前毒情严重的地区的禁毒工作开展的非常顺利,禁毒斗争形势整体上有了明显好转,特别是在我国居于禁毒工作首位的海洛因问题呈现出积极的变化。

(1)对我国危害最大的“金三角”地区,由于多年来相关国家政府的全面围剿,罂粟的种植面积已经大大减少。老挝全国已基本实现罂粟禁种。缅甸罂粟种植面积已从历史最高年份的 248.7 万亩降至 27.9 万亩,比 2004 年的 95 万亩减少了 70%,为有史以来的最低点。

(2)缅北地区海洛因流入我国境内的总数量明显减少。全国海洛因缴获量从 2004 年的 10.8 吨逐年降至 7.1 吨、5.8 吨、4.6 吨,云南省海洛因缴获量从 2004 年的 8.5 吨逐年降至 5.3 吨、4.2 吨、3.3 吨;大宗毒品走私、贩运活动明显减少,全国查获 10 千克以上的海洛因案件已从 2005 年的 80 起降至 2007 年的 39 起。这些数据显示,我国的禁毒工作在这几年取得了巨大的成绩,控制了海洛因的入境对国内的禁毒工作是一个巨大的进步。

(3)国内消费市场海洛因供应量明显下降。与 2004 年相比,境内海洛因由于入境数量的剧减而零售价翻了一至两番,海洛因滥用者平均日耗费已从 218 元增至 320 元,上升了 47%;海洛因纯度大幅下降,绝大多数吗啡含量不足 10%;整个社会购买毒品的难度明显加大,一些地方甚至出现了因为海洛因的断货而滥用其替代品的现象。

(4)重点易制毒化学品的走私出境数量明显减少,导致其成本价格大幅上涨。与 2004 年相比,“金三角”地区加工海洛因必需的醋酸酐黑市价格已从每吨 7 万元涨至 12 万元,制造冰毒片剂所需的麻黄素已从每吨 250 万元涨至 1,500 万元,这种大幅的上涨在很大程度上使得国外制毒集团的

收益大幅度下降,从而使得海洛因和冰毒的成品数量下降。

(5)国内现有海洛因消费规模逐步萎缩。由于海洛因一直是我国最为严重的毒品问题,也是使用人数最多的毒品,但是随着上面所提及的几点原因,海洛因的吸食在逐年减少。目前,对55.4%的海洛因成瘾人员落实了强制戒毒和帮助教育等措施,海洛因滥用规模得到控制,一些地方海洛因滥用人数稳中有降,云南现有吸毒人数比2004年下降了22.1%。

(6)新滋生吸食海洛因人员增幅明显减缓。与高峰期相比,我国新滋生吸食海洛因人员增长幅度已从30%下降到5.6%,35岁以下青少年所占比例已从82.5%下降到59%。

(7)海洛因造成的社会危害明显减轻。国家禁毒委员会挂牌整治的11个地区和云南省一些毒品重灾区的情况明显好转,全国经共用注射器吸毒传播艾滋病的比例已从2001年的68.7%下降到38.5%,由吸毒人员诱发的违法犯罪活动明显减少,人民群众对禁毒工作的满意度不断提高❶。

自2008年以来,各地区、各有关部门认真贯彻落实中央领导同志重要指示精神,按照国家禁毒委员会统一部署,努力深化各项禁毒工作措施,广泛宣传学习《禁毒法》,在增强依法禁毒意识、遏制新吸毒人员滋生方面取得了新成效;深入推进吸毒人员动态管控和戒毒制度改革,在挽救吸毒人员、减轻毒品危害方面取得了新成效;继续深化缉毒执法工作,在打击毒品犯罪、减少毒品来源方面取得了新成效;全面加大禁毒管理力度,在防止易制毒化学品流失方面取得了新成效;积极投入奥运安保工作,在消除涉毒治安隐患、净化社会环境方面取得了新成效;成功举办"万国禁烟会"百年纪念活动,在深化禁毒国际合作、扩大禁毒影响方面取得了新成效。

2009年4月29日,国务委员、国家禁毒委员会主任孟建柱主持召开国家禁毒委员会全体会议,总结2008年禁毒人民战争主要情况,分析当前禁毒斗争形势,提出深化禁毒人民战争的意见和建议。孟建柱强调要着力解决人民群众反映强烈、严重影响社会稳定的毒品问题,全面推进《禁毒法》的贯彻实施,全力推动禁毒人民战争向纵深发展,最大限度地减少毒品危害,最大限度地促进社会和谐稳定,努力实现我国禁毒斗争形势持续好转。

---

❶ 公安部:《中国禁毒报告》,2007年。

2009年5月13日，国家禁毒委员会副主任、公安部副部长张新枫主持召开部署2009年全国禁毒工作电视电话会议，就贯彻落实国家禁毒委员会全体会议精神、做好2009年全国禁毒工作作出具体部署，要求紧紧围绕“最大限度地增加和谐因素、最大限度地减少不和谐因素”的总要求，按照国家禁毒委员会全体会议部署，全面推进《禁毒法》的贯彻实施，深入推进堵源截流工作，完善毒品查缉网络，进一步解决好境外毒品渗透问题；深入推进执法打击工作，因地制宜地组织开展专项打击行动，进一步解决好境内制贩毒问题；深入推进禁吸戒毒工作，深化戒毒改革措施，进一步解决好海洛因社会危害问题；深入推进新型毒品治理，完善娱乐场所禁毒管理机制，进一步解决好新型毒品快速蔓延问题；深入推进禁毒宣传教育，广泛开展《禁毒法》宣传活动，进一步解决好新涉毒人员滋生问题；深入推进禁毒管理服务，提高严格管理和主动服务水平，进一步解决好易制毒化学品流失问题，全力推动禁毒人民战争向纵深发展，努力实现我国禁毒斗争形势持续好转。❶

3.毒品的知识

（1）毒品是指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。《麻醉药品及精神药品品种目录》中列明了121种麻醉药品和130种精神药品。毒品通常分为麻醉药品和精神药品两大类，主要指吸毒者滥用的鸦片、海洛因、冰毒等，还包括具有依赖性的天然植物、烟、酒和溶剂等，与医疗用药物是不同的概念。

制毒物品是指用于制造麻醉药品和精神药品的物品。毒品，有些是可以天然获得的，如鸦片就是通过切割未成熟的罂粟果而直接提取的一种天然制品，但绝大部分毒品只能通过化学合成的方法取得。这些加工毒品必不可少的医药和化工生产用的原料就是我们所说的制毒物品。因此，制毒物品既是医药或化工原料，又是制造毒品的配剂。

（2）毒品种类很多，范围很广，分类方法也不尽相同

①从毒品的来源看，可分为天然毒品、半合成毒品和合成毒品三大类。

---

❶ 公安部：《中国禁毒报告》，2010年。

天然毒品是直接从毒品原植物中提取的毒品,如鸦片。半合成毒品是由天然毒品与化学物质合成而得,如海洛因。合成毒品是完全用有机合成的方法制造,如冰毒。

②从毒品对人中枢神经的作用看,可分为抑制剂、兴奋剂和致幻剂等。抑制剂能抑制中枢神经系统,具有镇静和放松作用,如鸦片类。兴奋剂能刺激中枢神经系统,使人产生兴奋,如苯丙胺类。致幻剂能使人产生幻觉,导致自我歪曲和思维分裂,如麦司卡林。

③从毒品的自然属性看,可分为麻醉药品和精神药品。麻醉药品是指对中枢神经有麻醉作用,连续使用易产生身体依赖性的药品,如鸦片类。精神药品是指直接作用于中枢神经系统,使人兴奋或抑制,连续使用能产生依赖性的药品,如苯丙胺类。

④从毒品流行的时间顺序看,可分为传统毒品和新型毒品。传统毒品一般指鸦片、海洛因等阿片类流行较早的毒品。新型毒品是相对传统毒品而言,主要指冰毒、摇头丸等人工化学合成的致幻剂、兴奋剂类毒品,在我国主要从20世纪末21世纪初开始在歌舞娱乐场所中流行。

(3)各个类型毒品的性状和特征

鸦片俗称"阿片""大烟""烟土""阿片烟""阿芙蓉"等。鸦片系草本植物罂粟未成熟的果实用刀割后流出的汁液,经风干后浓缩加工处理而成的褐膏状物。这就是生鸦片。生鸦片经加热煎制便形成熟鸦片,是一种棕色的粘稠液,俗称烟膏。鸦片是一种初级毒品。生鸦片可直接加工成吗啡。鸦片主要含有片生物碱,已知的有25种以上,其中最主要的是吗啡、可待因等,含量可达20%。

吗啡是鸦片的主要有效成分,是从鸦片中提炼出来的主要生物碱,呈白色结晶粉末状,闻上去有点酸味。吗啡成瘾者常用针剂皮下注射或静脉注射。起初它被作为镇痛剂应用于临床,但由于它对呼吸中枢有极强的抑制作用,如同吸食鸦片一样,过量吸食吗啡后出现昏迷、瞳孔极度缩小、呼吸受到抑制,甚至于出现呼吸麻痹、停止而死亡。

海洛因亦称盐酸二乙酰吗啡,其来源于鸦片,是鸦片经特殊化学处理后所得的产物。其主要成分为二乙酰吗啡,属于合成类麻醉品。迄今为止已有一百多年的历史。毒品市场上的海洛因有多种形状,是带有白色、米色、

褐色、黑色等色泽的粉末、粒状或凝聚状物品，多数为白色结晶粉末，极纯的海洛因俗称“白粉”。有的可闻到特殊性气味，有的则没有。由于海洛因成瘾最快，毒性最烈，曾被称为“世界毒品之王”，一般持续吸食海洛因的人只能活7—8年。

大麻是一年生草本植物，通常被制成大麻烟吸食，或用作麻醉剂注射，有毒性。大麻草可单独吸食，将其卷成香烟，被称为“爆竹”；或将它捣碎，混入烟叶中，做成烟卷卖给吸毒者，这就是大麻烟。这种毒品在当今世界吸食最多，范围最广，因其价格便宜，在西方国家被称为“穷人的毒品”。初吸或注射大麻有兴奋感，但很快转变为恐惧，长期使用会出现人格障碍、双重人格、人格解体，记忆力衰退、迟钝、抑郁、头痛、心悸、瞳孔缩小和痴呆，偶有无故的攻击性行为，导致违法犯罪的发生。

可卡因是1860年从前南美洲称为古柯（COCA）的植物叶片中提炼出来的生物碱，其化学名称为苯甲基芽子碱。它是一种无味、白色薄片状的结晶体。毒贩贩卖的是呈块状的可卡因，称为“滚石”。可卡因服用方式是鼻吸。可卡因是最强的天然中枢兴奋剂，对中枢神经系统有高度毒性，可刺激大脑皮层，产生兴奋感及视、听、触等幻觉；服用后极短时间即可成瘾，并伴以失眠、食欲不振、恶心及消化系统紊乱等症状；精神逐渐衰退，可导致偏执呼吸衰竭而死亡。一剂70毫克的纯可卡因，可以使体重70千克的人当场丧命[1]。

甲基苯丙胺俗称“冰毒”，属联合国规定的苯丙胺类毒品。主要来源是从野生麻黄草中提炼出来的麻黄素（EPHEDRINE），它源于日本。在日本曾经使用过冰毒的人数超过200万人，直接滥用者55万人，毒品滥用者都用静脉注射，其中有5万人患苯丙胺精神病。1990年首先发现由台湾毒贩进入我国沿海地区制造、贩运出境的冰毒案件。甲基苯丙胺的形状为白色块状结晶体，易溶于水，一般作为注射用。长期使用可导致永久性失眠，大脑机能破坏、心脏衰竭、胸痛、焦虑、紧张或激动不安，更有甚者会导致长期精神分裂症，剂量稍大便会中毒死亡。

K粉的化学名称叫“氯胺酮”，其外观为纯白色细结晶体，在医学临床

---

[1] 《常见毒品种类与危害》，中华人民共和国公安部网站，2006年。

上一般作为麻醉剂使用。2003年,公安部将其明确列入毒品范畴。K粉的吸食方式为鼻吸或溶于饮料后饮用,能兴奋心血管,吸食过量可致死,具有一定的精神依赖性。K粉成瘾后,在毒品作用下,吸食者会疯狂摇头,很容易摇断颈椎;同时,疯狂的摇摆还会造成心力、呼吸衰竭。吸食过量或长期吸食,可以对心、肺、神经都造成致命损伤,对中枢神经的损伤比冰毒还厉害。

传统的摇头丸,是指由MDMA、MDA等致幻性苯丙胺类化合物所构成的毒品。MDMA,即34-亚甲二氧基甲基安非他明;MDA,即34-亚甲二氧基安非他明;MMDA,即3-甲氧基-4,5-亚甲二氧基甲基安非他明,等等。摇头丸外观为圆形、方形、棱形等形状的片剂,呈白色、灰色、粉色、蓝色、绿色等多种颜色。这类毒品具有明显的中枢致幻、兴奋作用。在我国,因吸毒者滥用后会随着音乐剧烈地摆动头部而得名"摇头丸"。我国目前缴获的摇头丸多是混合型的。经检验,犯罪分子在传统的摇头丸中添加了冰毒、麻黄素、氯胺酮、咖啡因,大大加大了它们相互的毒性作用。吸食摇头丸,经常处于幻觉,妄想状态,出现精神异常,表现出苯丙胺精神症状,酷似精神分裂症。同时,也会发生其他滥用药物感染合并综合症,包括肝炎、细菌性心内膜炎、败血症、性病和艾滋病等。

咖啡因是化学合成或从茶叶、咖啡果中提炼出来的一种生物碱。大剂量长期使用会对人体造成损害,引起惊厥、心律失常,并可加重或诱发消化性肠道溃疡,甚至导致吸食者下一代智能低下、肢体畸形,同时具有成瘾性,停用会出现戒断症状[1]。

三唑仑又名海乐神、酣乐欣,淡蓝色片,是一种强烈的麻醉药品。口服后可以迅速使人昏迷晕倒,故俗称迷药、蒙汗药、迷魂药。可以伴随酒精类共同服用,也可溶于水及各种饮料中。见效迅速,药效比普通安定强45—100倍。

"麻古"系泰语的音译,其主要成分是冰毒,是一种加工后的冰毒片剂,外观与摇头丸相似,属苯丙胺类兴奋剂,经化验含有甲基安非他明和咖啡

---

[1] 莫关耀:《云南省大学生禁毒防艾教育教师认证项目之学习辅导材料》,云南省教育厅,2009年。

因。具有很强的成瘾性,服用后会使人中枢神经系统、血液系统极度兴奋,能大量耗尽人的体力和免疫功能。长期服用会导致情绪低落及疲倦、精神失常,损害心脏、肾和肝,严重者甚至导致死亡。此种毒品直接作用于人的中枢神经系统,具有迷幻作用,含毒性,吸食后呈现健谈、性欲亢进等生理上的反应,心脏有问题的人服用后可导致休克或突然死亡。更为可怕的是,从警方目前掌握的情况看,吸食此药能够使吸食者将自己的秘密和隐私通过交谈等方式随意告诉他人,并促使吸食者受人支配、出现狂想等症状,极易被犯罪分子利用,其危害不堪设想。

迷幻蘑菇,又称"神奇蘑菇",是一种新型软性毒品,内含二甲羟色胺磷酸,具有迷幻作用,含毒性。其迷幻成分主要由一种含毒性的菌类植物"毒蝇伞"制成,药力持久,有吸食者指出,比摇头丸、K粉更强烈。该类毒菇由于在毒品市场盛行,外地有毒贩甚至人工培植贩卖。与普通磨菇对比,迷幻蘑菇的茎粗,顶部亦尖长及细小。进食该类蘑菇会出现恶心、肌肉无力、昏睡、瞳孔放大、流汗、动作不协调及焦躁不安等反应;如大量服下,便会产生幻觉,状况可持续达六小时,心脏有问题的人服用后可导致休克或突然死亡。

安钠咖,学名苯甲酸钠咖啡因,外观常为针剂,是由苯甲酸钠和咖啡因以近似1∶1的比例配成的,其中咖啡因起兴奋神经作用,苯甲酸钠起助溶作用以帮助人体吸收。安钠咖作为兴奋型的精神药品,临床上用于治疗中枢神经抑制以及麻醉药引起的呼吸衰竭和循环衰竭等症,它通过兴奋中枢神经调节大脑皮层的活动。长期使用会产生药物耐受性,需要不断加大用药剂量外,也有与咖啡因相似的药物依赖性和毒副作用,因此安钠咖属我国严格管制的精神药品。非法制造、贩卖安钠咖同样构成制造、贩卖毒品罪。

"开心果"是产自日本的一种具有强烈兴奋作用的新型毒品,主要成分是冰毒,其外形是粉红色颗粒,像毒品"摇头丸",但其毒性和危害性比"摇头丸"更甚。

除上述所述之外,新型毒品还有氟硝安定、麦角乙二胺(LSD)、安眠酮、丁丙诺啡、地西泮及有机溶剂和鼻吸剂等。另外,纯度在99%以上的毒品被称为"美金"。

4.毒品的危害

(1)吸毒对身心的危害

身体依赖性,是由于反复用药所造成的一种强烈的依赖性。毒品作用于人体,使人体机能产生适应性改变,形成在药物作用下的新的平衡状态。一旦停掉药物,生理功能就会发生紊乱,出现一系列严重反应,称为戒断反应,使人感到非常痛苦。用药者为了避免戒断反应,就必须定时用药,并且不断加大剂量,使吸毒者终日离不开毒品。

毒品进入人体后作用于人的神经系统,使吸毒者出现一种渴求用药的强烈欲望,驱使吸毒者不顾一切地寻求和使用毒品。一旦出现精神依赖后,即使经过脱毒治疗,在急性期戒断反应基本控制后,要完全康复原有生理机能往往需要数月甚至数年的时间。更严重的是,对毒品的依赖性难以消除。这是许多吸毒者一而再、再而三反复吸毒的原因,也是世界医药学界尚待解决的课题。

(2)吸毒对社会的危害

①对家庭的危害。家庭中一旦出现了吸毒者,家便不成其为家了。吸毒者在自我毁灭的同时,也破坏自己的家庭,使家庭陷入经济破产、亲属离散甚至家破人亡的困难境地。

②对社会生产力的巨大破坏。吸毒首先导致身体疾病,影响生产,其次是造成社会财富的巨大损失和浪费,同时毒品活动还造成环境恶化,缩小了人类的生存空间。

首先,为了与毒品作斗争,各国政府投入了大量的资金,以美国为例,自1981 年以来,政府每年平均投入 3 亿美元用于禁毒教育、治疗和研究项目,1989 年布什总统又提出 320 亿美元的扫毒计划,此外还每年另拨 10 多亿美元援助拉美国家的禁毒、扫毒。在东南亚,缅甸政府近年来仅用于戒毒的费用就已高达数千万美无,而且还在不断增加之中。我国在挽救、治疗吸毒者,开展禁毒教育和科研,加大缉毒力度等方面都投入了大量的人力、物力和财力,近几年来我国各地先后开设的 600 多个戒毒所,年戒毒能力已达10 万多人次的事实就是一个证明。

其次,吸毒者大都无意从事生产劳动,不能创造社会财富,即使还在劳动、工作,也极易发生种种意外事故。我国吸毒严重的西南边境地区曾出现

过农田荒芜、工厂停工的情况。严酷的事实表明，凡是吸毒严重的地区，劳动生产力受到极大的破坏，经济状况因此而急剧衰退。

再者，毒品在加工、生产过程中需要大量的各种化学配剂，同时排放出有毒的“三废”物质，破坏了自然资源，污染了生态环境，有的已造成严重的后果。玻利维亚环保部门 1990 年发表的一份报告指出，全国每年由于生产、制造可卡因而倾入河中的有毒废渣、废水已达 3.8 万吨，使水生物、植物大量死亡，农田被污染，农作物受到毒害，最终将影响人的健康。该报告还预计数年之后该国肥沃的查帕瑞平原将变为有毒的荒漠。

③毒品活动扰乱社会治安。毒品活动加剧诱发各种违法犯罪活动，扰乱社会治安，给社会安定带来巨大威胁。

5.吸毒者的躯体特征和心理特征

(1)吸毒者的躯体特征

吸毒时间稍长，吸毒程度较深的人确确实实有些共同的躯体特征。躯体特征是长期使用毒品的结果。由于吸毒后长期处于一种极度营养不良状态，加上毒品对肝肺等重要器官的直接影响，吸毒者必定是脸色苍白、形体消瘦，少有肥胖者也只是虚而不实。由于毒品对呼吸中枢有直接影响，肺和支气管也多见并发症状，吸毒者处于一种慢性缺氧的状态，故脸青唇瘀。由于长期营养不良和毒品对内分泌的直接作用，令吸毒者的性激素水平失调、下降，因此导致种种未老先衰的表现，如第二性征消退，头发早白，牙齿松动，皮下脂肪少，皮肤弹性差，出现与年龄不相符的老态。由于毒品对人的神经系统的危害，吸毒者常精神恍惚，情感淡漠，性情改变，记忆力明显下降。在交谈时很容易察觉他们思维迟钝，仅涉及吸毒及相关问题还显敏感，精神也不集中。由于长期吸毒，他们生活失衡，经济困难者必衣着邋遢，精神颓废，不讲卫生。吸毒者通常会较大量地吸烟，因此常见他们的手指焦黄。吸烟时往往处于半麻木状态和入眠之际，烟蒂易将本人皮肤烫伤或将卧具燃烧，造成突发性事故。长期和反复地静脉吸毒，导致沿静脉走向的密布针眼痕迹和皮肤色素沉着。毒品中海洛因有致皮肤瘙痒的感觉，吸毒者不断搔抓自己的皮肤。又因为他们的懒散及疏于个人卫生，常于反复搔痒处出现多处皮肤的化脓性感染以及遗留瘢痕。这些皮肤特征也成为吸毒者的标志之一。当吸毒者饱吸海洛因后，其瞳孔会明显缩小，之后便是短暂的

兴奋和迷迷糊糊的嗜睡状。一旦海洛因的药理作用消失，吸毒者会出现一些早期戒断反应，如显得烦躁并流涕、呵欠、出汗，再发展下去，便出现前面所谈的典型戒断症状了。

(2)吸毒者的心理特征

毒品依赖者在躯体化障碍、强迫、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、精神病性等方面均明显高于对照组，其中以“焦虑、抑郁、躯体化”最明显。从这些可以得出：毒品依赖者有轻度以上心理问题的比例较大，心理健康水平普遍较差。他们在脱毒后一段时间会存在失眠、全身无力等稽延性戒断症状，且这一人群多有敏感多疑、紧张、烦躁不安、回避现实、执拗等特点，这些又使他们对环境的适应性差，在生活中难于建立良好的人际关系及存在一些精神病性的表现。在人格测定中显示这一人群情绪不稳定(93.34%)，掩饰性差(92.68%)，这反映了吸毒者大多数具有容忍性差、易冲动、情绪波动大等性格特点。以上这些特点均提示毒品滥用者的心理卫生状况有诸多缺陷，易出现违反规则的想法及行动，照章行事较困难，且心理健康水平越差，对吸毒欲的控制力就越低。因此，注重提高依赖者的心理社会素质，改善心理卫生条件，加强早期心理社会干预应是治疗和预防毒品依赖的关键措施之一。以上这些均提示：毒品依赖者有多种形式的心理异常，但达到精神病态的人数极少。应在脱毒治疗和康复期进行心理行为的矫正，有效地进行开导、心理暗示、精神转移和灵活多变的支持、指导、理解、鼓励等综合心理治疗，培养其社会生活和工作能力，激发其抵抗毒品的觉悟和决心。

6.毒品违法犯罪与禁毒法律

(1)毒品相关的法律责任

有下列行为之一，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依法给予治安管理处罚：

①走私、贩卖、运输、制造毒品的；

②非法持有毒品的；

③非法种植毒品原植物的；

④非法买卖、运输、携带、持有未经灭活的毒品原植物种子或者幼苗的；

⑤非法传授麻醉药品、精神药品或者易制毒化学品制造方法的；

⑥强迫、引诱、教唆、欺骗他人吸食、注射毒品的；

⑦向他人提供毒品的。

有下列行为之一，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依法给予治安管理处罚：

①包庇走私、贩卖、运输、制造毒品的犯罪分子，以及为犯罪分子窝藏、转移、隐瞒毒品或者犯罪所得财物的；

②在公安机关查处毒品违法犯罪活动时为违法犯罪行为人通风报信的；

③阻碍依法进行毒品检查的；

④隐藏、转移、变卖或者损毁司法机关、行政执法机关依法扣押、查封、冻结的涉及毒品违法犯罪活动的财物的。

容留他人吸食、注射毒品或者介绍买卖毒品，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，由公安机关处十日以上十五日以下拘留，可以并处三千元以下罚款；情节较轻的，处五日以下拘留或者五百元以下罚款。

吸食、注射毒品的，依法给予治安管理处罚。吸毒人员主动到公安机关登记或者到有资质的医疗机构接受戒毒治疗的，不予处罚。

在麻醉药品、精神药品的实验研究、生产、经营、使用、储存、运输、进口、出口以及麻醉药品药用原植物种植活动中，违反国家规定，致使麻醉药品、精神药品或者麻醉药品药用原植物流入非法渠道，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依照有关法律、行政法规的规定给予处罚。

在易制毒化学品的生产、经营、购买、运输或者进口、出口活动中，违反国家规定，致使易制毒化学品流入非法渠道，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依照有关法律、行政法规的规定给予处罚。

娱乐场所及其从业人员实施毒品违法犯罪行为，或者为进入娱乐场所的人员实施毒品违法犯罪行为提供条件，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依照有关法律、行政法规的规定给予处罚。

娱乐场所经营管理人员明知场所内发生聚众吸食、注射毒品或者贩毒活动，不向公安机关报告的，依照前款的规定给予处罚。

未经批准，擅自从事戒毒治疗业务的，由卫生行政部门责令停止违法业务活动，没收违法所得和使用的药品、医疗器械等物品；构成犯罪的，依法追

究刑事责任。

戒毒医疗机构发现接受戒毒治疗的戒毒人员在治疗期间吸食、注射毒品,不向公安机关报告的,由卫生行政部门责令改正;情节严重的,责令停业整顿。

强制隔离戒毒场所、医疗机构、医师违反规定使用麻醉药品、精神药品,构成犯罪的,依法追究刑事责任;尚不构成犯罪的,依照有关法律、行政法规的规定给予处罚。

公安机关、司法行政部门或者其他有关主管部门的工作人员在禁毒工作中有下列行为之一,构成犯罪的,依法追究刑事责任;尚不构成犯罪的,依法给予处分:

①包庇、纵容毒品违法犯罪人员的;

②对戒毒人员有体罚、虐待、侮辱等行为的;

③挪用、截留、克扣禁毒经费的;

④擅自处分查获的毒品和扣押、查封、冻结的涉及毒品违法犯罪活动的财物的。

(2)毒品违法犯罪与禁毒法律

构成犯罪的依照刑法追究刑事责任;尚不构成犯罪的,依照《治安处罚法》,由公安机关处十日以上十五日以下拘留,可以并处三千元以下罚款;情节较轻的,处五日以下拘留或者五百元以下罚款。《禁毒法》第六十一条涉及的毒品违法行为是容留他人吸食、注射毒品,或者介绍买卖毒品应当依照《治安管理处罚法》第七十二条的规定,由公安机关处十日以上十五日以下拘留,可以并处二千元以下罚款;情节较轻的,处五日以下拘留或者五百元以下罚款,但对主动到公安机关登记或者到有资质的医疗机构接受戒毒治疗的,依照《禁毒法》的规定不予处罚。本款规定充分体现了国家对吸毒人员重在教育挽救、治病救人、以人为本的立法精神。《禁毒法》第六十五条涉及的娱乐场所及其从业人员涉毒违法犯罪的行为有三种:一是实施毒品违法犯罪的;二是为进入娱乐场所的人员实施毒品违法犯罪行为提供条件的;三是明知场所内发生聚众吸食、注射毒品或者贩毒活动,不向公安机关报告的。对有上述行为之一,构成犯罪的依照《刑法》和《禁毒法》的规定追究刑事责任;尚不构成犯罪的,依照《禁毒法》、《治安管理处罚法》和《娱

乐场所管理条例》等法律、行政法规的有关规定给予处罚。

7.戒毒知识

(1)常用的戒毒方法

冷火鸡疗法(Cold-Turkey Withdrawal)又称"自然戒断法"和干戒断法。就是硬性停掉毒品,任其戒断症状自然发展,戒断症状出现时,汗毛竖起,浑身鸡皮疙瘩,状如火鸡皮,故该戒断法有"冷火鸡疗法"之称。这是一种古老的戒断方法,戒毒者要有坚强的毅力忍受戒断症状的折磨。主张用此法的人认为,让戒毒者充分地体会毒瘾煎熬,好下决心彻底摆脱毒品。故此法是曾应用数十年的传统戒毒手段。实践结果表明,该方法对于吸毒时间不长、用量不大、毒瘾不严重者和有坚强毅力自愿戒毒者是可以的,而对严重毒瘾者并不适用。该方法对戒断者来说,过于残酷,戒毒者要地狱般地煎熬三四天,戒断症状基本消失要7—10天,迁延戒断症状甚至要一年半载才能淡下来。多数戒断者不堪承受毒瘾的折磨,甚至有的被强行戒断者发生自残、自杀行为,撞击、打滚、刀片割、烟头烫,甚至上吊、跳楼。该方法有一定危险性,一些戒断症状对于年老体弱者来说好比雪上加霜,严重时会危及生命。该方法戒断后,并不能很好地控制复吸问题,戒断的痛苦有时会使吸毒者对戒毒产生恐惧,拒绝配合戒毒。

在药物戒断法中,阿片类替代疗法是临床治疗中最传统的又是最常用和最有效的方法。替代疗法又有替代递减法之称。最初常用的就是阿片递减法,对滥用大烟吸毒者采取逐日限制减少原毒品用量直至撤药,如此来减轻戒断症状。目前替代疗法已采用依赖性潜力低、作用时间长的阿片类药物来替代海洛因等成瘾性大的毒品,并逐日减少戒断药的用量直至脱毒,常用的有美沙酮、丁丙诺啡等。替代疗法由于是在同一受体部位替代,因此控制症状彻底,无明显不良反应。如能掌握好用药量,逐步递减,脱毒过程可平稳地完成。但因替代药物同样属于麻醉品,容易成瘾,后期撤药困难,难免"以瘾代瘾",且有管理不当、流失社会转化为毒品的可能,因此替代疗法大多是在医疗条件及管理水平较好的戒毒机构使用,或与非麻醉性中成药戒毒药联合使用。

采用大剂量盐酸氯丙嗪为主的脱毒疗法被称为"亚冬眠疗法",将氯丙嗪与异丙嗪联合给病人应用后,可使几天内一直昏睡,处在亚冬眠状态,使

戒断症状在睡眠中度过,痛苦小,费用低。氯丙嗪是抗精神病药物,具有安定、抗精神病作用、镇咳作用、降温作用、扩张血管作用等。应用大量氯丙嗪可出现镇静、嗜睡、体温下降、基础代谢降低、器官活动减少等现象,好似动物冬眠一样,故称"人工冬眠状态"。但是该疗法在治疗中有意识障碍、大小便失禁、兴奋躁动、呼吸抑制、肺部感染等不良反应,因此采用亚冬眠法治疗临床脱毒应慎重。

(2)戒毒模式三个阶段

①脱毒阶段

这是戒毒的开始,主要采用冷火鸡法、梯度戒毒法、替代递减脱毒疗法、中医学戒毒疗法等药物治疗方法使吸毒成瘾者顺利渡过急性戒断反应期,帮助解决身体上的戒断症状,使吸毒者能够脱离毒品而没有生理上的痛苦。这阶段通常需要1—3周或更长时间。此阶段是戒毒治疗的第一步,随后应转入后两个阶段。若只进行单纯的脱毒治疗,则疗效不佳,其近期的复吸率可高达90%以上。

②康复阶段

脱毒完毕决非是戒毒治疗的终结。在常规的脱毒治疗中,由于药物的作用只是消除了生理戒断症状,而戒毒者的心理、神经功能、身体状况还未恢复,行为还未得到矫正,这些都是导致复吸的因素,因此需要有一个过程来处理脱毒后的稽延性戒断症状、心理和行为问题,这个过程就是康复阶段。该阶段主要是采用心理疏导、正面教育、社会帮助、体育锻炼、改善营养等措施以减轻或消除稽延性症状和心瘾,矫正个体的不良心理、行为态度,完成心理上的康复,使戒毒者能够重返社会,成为社会所能接纳的人,成为热爱社会的人。该阶段通常需要6—12个月或更长的时间。

③后续照管阶段

指的是戒毒者回归社会之后,建立监督、扶持、帮教系统给予后续照管,以便对戒毒者提供心理、专业或职业辅导以及其他方面的支持和帮助,使他们能作为一个正常人适应并融于正常的社会生活之中。该阶段需要1—3个月或更长时间。

(3)禁毒机构

强制戒毒所是公安机关依法通过行政强制措施,对吸食、注射毒品成瘾

人员在一定时期内，进行生理脱毒、心理矫治、适度劳动、身体康复和法律、道德教育的场所。强制戒毒所坚持戒毒治疗与教育相结合的方针，遵循依法、严格、科学、文明管理的原则，达到管理规范化、治疗医院化、教育学校化、康复劳动化、环境园林化。强制戒毒所一般远离机关、学校、居民区、托幼园所及其他人群密集的繁华区域，远离环境嘈杂、污染的地方。强制戒毒所设所长一人，副所长一至三人，根据工作需要配备管教、医护、财会等民警。强制戒毒所应当根据床位数配备民警：床位在一百张以下的，一般不少于十五人，其中，医护人员不得少于四人；床位在一百张以上的，民警一般应按床位数的百分之十五配备，其中，医护人员不得少于床位数的百分之五。强制戒毒所应当根据工作需要配备一定数量的女民警和相应数量的工勤人员。所长、副所长、管教民警应当具有大专以上学历；医生应当具有医师以上专业技术职称，护士应当具有专业技术职称或经过相关专业知识培训，财会人员应当具有会计专业技术职称。

（三）禁毒宣传教育的形式

1.开展禁毒知识的讲座

（1）可以通过邀请一些戒毒方面的专家来进行戒毒知识的讲座，通过他们亲身亲历的一些戒毒的案例来说明毒品的危害以及应该怎么远离毒品。

（2）对成功戒毒的人员进行专题报道。了解他们戒毒后的生活情况，介绍他们成功戒毒方法，安排他们和正在戒毒的人员进行交流，鼓励正在戒毒的人员，增强他们成功戒除毒品的信心。还可以安排已经成功戒毒的人员和在校学生及社区居民进行面对面的对话，通过这种互动的模式使得普通人对毒品成瘾能有一个清醒的认识，珍爱生命，远离毒品。

2.通过电视广告和公益网站等形式进行禁毒知识的宣传

组织制作、播发、出版大量禁毒题材的公益广告通过黄金时段在各大电视台播放，出版发行禁毒相关的 VCD 和报纸，内容可以涉及毒品在边境以及沿海省份的危害、我国禁毒的现状、缉毒干警的辛勤劳动等，还要通过出版社来发行大量关于禁毒知识的书籍，采取赠送的方式下发到企事业单位，当然重点是中小学校。以引起人们的重视，使大家在无形之中获得关于毒品危害的知识，自觉主动地远离毒品。

3.成立禁毒民间社团

协会可以是当地省市禁毒委员会领导下建立的公益性、非营利性的社会团体组织;它的宗旨是团结和联络社会各界人士,组织开展各类群众性的毒品预防、宣传教育等社会化的禁毒工作,努力消除毒品危害,为禁毒工作服务,为建设和谐社会服务。通过这些公益性的社团可以组织禁毒广场咨询宣传、禁毒宣传资料发放和禁毒知识进居民社区的活动。

4.戒毒所内部的宣传活动

邀请戒毒人员家属参加戒毒所的开放日活动,并通过举行一些文艺书画比赛或者趣味运动会等形式让戒毒所工作人员和戒毒人员及其家属相互沟通,对他们突出宣传戒毒所的戒毒教育措施和特色教育工作,加强与戒毒人员家属的互动,争取他们对戒毒场所工作的理解和支持。通过这种方式可以让戒毒人员和家属相信戒毒所有信心和能力帮助毒品成瘾者戒断毒品。

(四)当前禁毒宣传教育存在的问题及改善建议

1.宣传者与受传者缺乏互动

长期以来,一些禁毒宣传教育工作者习惯于把自己放在一个非常重要的位置,把广大的宣传教育的对象看作被动接受的个体,不管听众的反应如何,我只把我自己的知识讲完,忽视了群众的能动作用和思考能力,教育效果不明显。

强化"以人为本"的主体意识,不再把人当成单纯的受传对象,而应立足于发展,要确立尊重人、关心人、理解人的禁毒宣传教育理念,把解决他们最关注、与他们利益关系最密切的问题,作为禁毒宣传教育的出发点。同时,要转变过去形成的宣传思想工作的思维定式和教育模式,把单向灌输变为双向互动,在平等交流中激发受教育者参与和接受教育的积极性。吸毒人员是违法者,也是受害者,是病人,应该尊重吸毒人员及其家属,尊重他们,理解他们,关心他们。这样一来在宣传过程中,就容易相融沟通,容易激发他们的积极性,还可以使他们转化为主体,来进行现身说法,达到受传者间的互动[1]。

---

[1] 国家禁毒委员会办公室:《关于深化全民禁毒宣传教育工作的指导意见》,2010年。

2.禁毒宣传观念、内容与方法陈旧

目前,禁毒宣传教育中存在的问题主要是宣传观念上的陈旧与宣传内容上的脱离实际和泛主题倾向,宣传方法上单一,宣传教育队伍的建设不力等,导致受众对宣传内容产生抵触、排斥和反感情绪。

宣传观念创新。我国的禁毒宣传,曾经走过一段弯路。许多人担心禁毒宣传有损于社会主义国家的形象,因此坚持只做不说,或多做少说的态度。有些人误认为禁毒宣传会影响当地形象,影响外来投资,影响领导人的政绩,因而遮遮掩掩,致使禁毒宣传时断时续,这种观念使我们坐失"防患于未然"的良机。因此,必须破除某些陈规戒律,扫除死角,大张旗鼓地认真开展宣传,只有宣传预防才是最重要的治本措施。

禁毒内容创新。树立自觉适应形势发展的需要,使宣传教育工作内容更加贴近群众、贴近实际、贴近生活的理念。

形式方法创新。赋予宣传教育更富时代感、有效性、针对性的理念。由于经济、社会的发展,受众呈现出相当大的异质性,人们的接受能力不一、思想活动多样、差异性明显增强。这就要求我们讲求形式多变、方法多样。

3.禁毒宣传对象与宣传环境不匹配

在城市,以社区为载体,以全民为对象,扩大覆盖,进一步拓宽入户到人的渠道。该环境模式特点为政府主导。街道办事处作为地方政府的派出机构,在社区禁毒宣传教育中占据主导地位。街道办事处要承担起禁毒宣传教育的领导职责,纳入工作目标体系并借助行政手段推进,指导、支持、督促相关部门开展宣传禁毒知识。

在农村,以农村基层文化建设、法制宣传为载体,广泛开展文明创建、无毒创建活动。该环境模式与城市社区大同小异,主要还是靠行政推动,特点是地域分布广,人员分散,宣传效果较差。可以考虑点、面结合,通过群众性与专业性禁毒宣传紧密结合,既形成强大声势,又有突出的实际效果。

在学校,以素质教育为载体,以青少年在校学生为重点教育对象,把禁毒宣传教育纳入民族历史素质和生命安全教育体系。模式内涵为:全日制学校充分发挥课堂主渠道作用,对在校学生展开教育。关键是师资、计划、课时都要落实到位。社区法制学校作为区域性社区禁毒宣传教育的龙头单位,通过它来组织进行专业性、集中性、活动性的社区禁毒宣传教育。

4.禁毒宣传投入与产出的不平衡

必须树立科学的投入、产出意识,用最少的投入获得最大的产出,才能使禁毒宣传教育获得最佳效果。党对禁毒宣传工作的领导,归根结底要体现在政府的主导地位上,体现在用人、给钱、出政策上。“欲想取之,必先予之”。禁毒宣传要有专人,要有专门的师资和宣传教育队伍。要非常重视从事教育的禁毒工作人员的培训提高。工作人员没有丰厚的学识,怎么能解惑、传授道理?要加强学习,熟悉禁毒知识和业务,清楚毒品问题内涵。执行政策的人,宣传者的素质、水平、宣传方法技巧、业务熟练程度等这些因素的不同,投入与产出的比率也不尽相同。禁毒宣传需要一定的物质条件,需要一定的资金投入。如果资金短缺,宣传发展必然迟缓。要建立规范有效的筹资机制,可以开放式多元化筹措资金。政府投资是主体,还可以发动个人和企业。禁毒工作要靠全体人民和社会各界的大力支持和直接参与,发动社会各界及组织、团体自愿出资捐赠、赞助,才能持久地开展下去。

二、完善吸毒人员动态管控机制建设

(一)确立科学的排查方法,摸清吸毒人员底数

按照属地管辖原则,动员各社区、派出所等,建立普查行动小组,进一步制定具体计划、方案,划片包干、分解任务,力争全部摸清各社区吸毒人员底数,真正做到底数清、情况明。

各社区进一步建立健全吸毒人员监控体系,将每一位自愿戒毒、限期戒毒、强制戒毒、刑释解教吸毒人员,参加社区药物维持治疗人员以及社会上的其他吸毒人员全员纳入监控范围。

(二)建立吸毒人员数据库,实现全国信息共享、动态监控和网上跟踪

国家禁毒办召开全国公安机关建立吸毒人员动态管控机制电视电话会议,部署在全国公安机关组织开展对吸毒人员的大排查,在摸清底数、核实身份、掌握现状的基础上,将吸毒人员信息全部登记上网,以实现全国信息共享、动态监控和网上跟踪,建立对吸毒人员的动态管控机制。各级公安机关按照公安部统一部署,将建立吸毒人员动态管控机制工作作为最大限度地教育戒治挽救吸毒人员、促进社会和谐稳定、加强“三基”工程建设的一项重要工作,坚持做到见面排查、查清真实身份、如实采集现状信息、高质量

录入信息数据，并积极建立信息维护制度，实时更新、维护吸毒人员动态信息，不断完善吸毒人员信息数据库。各级公安禁毒、治安、边防、刑侦、监管和司法劳教等部门各负其责，密切协作，全力推进吸毒人员动态管控机制建设。截至2006年年底，全国吸毒人员动态管控机制建设初具规模，有效提高了禁毒实战能力和信息化管理水平，同时对预防、打击吸毒人员犯罪具有重要价值。我们现在需要做的是维护好这个网络，不断地补充和完善它，它最终将会成为打击毒品犯罪和辅助吸毒者戒毒的一个最有力的工具[1]。

三、依法打击零星贩毒、外流贩毒和娱乐场所贩毒犯罪活动，使吸毒者买不到毒品

（一）依法打击零星贩毒犯罪活动

零星贩毒案件是指毒品犯罪主体少量贩卖鸦片、海洛因、吗啡、大麻、可卡因、氯胺酮、苯丙胺类（冰毒、摇头丸等）以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品的案件。有证据证明犯罪嫌疑人少量贩卖毒品，或被他人指认曾向其购买过少量毒品，并有相应的事实印证的，无论犯罪嫌疑人本人是否供认，都应认定为零星贩毒案件。

在同级禁毒委员会的领导下，按照“谁主管，谁负责”的原则，由各级公安机关负责组织实施，公安禁毒部门具体组织落实、督促指导，建立以派出所为主，辖区各单位广泛参与的打击零星贩毒工作机制。各级公安机关要将打击零星贩毒工作纳入禁毒部门和基层派出所年度工作考核的重要内容，认真落实责任制。对本辖区内长期存在的吸贩毒窝点清查打击不力，群众意见大的，实行毒品案件倒查责任制，追究有关单位和领导的责任。对工作成效显著的单位和个人，及时给予表彰和奖励。

建立高效、快捷的“打零”数据库，充分发挥信息技术的作用，做到信息资料共享，发挥综合效应。各级公安机关要对审查的吸、贩毒人员逐一建立资料档案，详细记录当事人的姓名、出生年月、身份证号码、民族、文化、绰号、指纹、照片、家庭住址、审查时间和案情等内容，在分类装册、统一管理的同时，将其录入“打零”数据库，积累证据，累计毒品数量，提高打击零星贩

[1] 公安部：《中国禁毒报告》，2009年。

毒违法犯罪的实效。

（二）依法打击外流贩毒犯罪活动

形成外流贩毒犯罪活动的主要原因有三个：其一是受毒品暴利诱惑和畸形致富意识的影响。毒品暴利的诱惑和自身生活贫困相互交织，是外流贩毒犯罪活动屡禁不止的重要诱因。其二是受内地毒品市场扩展以及外流贩毒能迅速"发家致富"的引诱，好多人都是全家集体从事外流贩毒犯罪活动。其三是不少贩毒团伙的骨干分子以到内地做生意为名，哄骗偏远落后地区文化水平低、法律意识淡薄的农民贩卖毒品。从公安部门破获的多起案件中显示，在交易现场被抓获的案犯中，不少送货或接货人都是不知道他们运送的是什么东西，其中占很大比例的是青少年和农民，当场被当做犯罪嫌疑人抓获，而真正的贩毒头目却逍遥法外。

走私贩卖运输毒品案件与其他普通刑事犯罪相比最大的特点是隐蔽性强，这主要表现在两个方面：一是这类犯罪没有暴露的犯罪现场和公开明显的犯罪结果。一般刑事案件发生后，都有暴露的犯罪现场和公开明显的犯罪结果；而走私、贩卖、运输毒品犯罪就没有上述暴露的犯罪现场和公开明显的犯罪结果。犯罪完成后，一般在空间不会留下可供发现犯罪的东西。二是犯罪分子作案手段更加隐蔽。由于走私、贩卖、运输毒品犯罪所处刑罚相当严厉，犯罪分子的作案手段更加隐蔽，反侦察的伎俩更加狡猾。通常表现为，犯罪分子之间采取"单线联系"、"分工负责"，千方百计掩盖真实身份。贩毒分子为逃避打击，千方百计地掩盖其贩毒的真实身份。侦查这类案件的主要工作只能围绕毒品开展工作。即一要证明毒品的存在，一般来讲要现场查获毒品；二要发现犯罪嫌疑人；三要证明毒品与犯罪嫌疑人之间的关系，即是走私、贩卖、运输还是非法持有。由于目前毒品犯罪分子非常狡猾，往往采取"人毒分离"、"人赃分离"，即犯罪分子之间的交易不是一手交钱一手交货，而是卖方将毒品存放到某一个位置后，买方再到事先约定的地点取毒品，取到毒品后，再通过银行等金融机构将毒资汇到指定的银行账户，买卖双方不见面，因而破案时机很难把握，证据难以获取。网络型犯罪难以将整个犯罪团伙一网打尽，由于毒品犯罪是"人毒分离"、"人赃分离"、"买卖双方不见面"，因而破案时机很难把握，即使通过先期的侦查工作，发现了买卖双方的全部团伙成员，由于破案时仅能证明一个或几个犯罪人与

毒品有一定的联系，对于其他犯罪嫌疑人无法用毒品来证实其犯罪。再者，一般直接接触毒品的犯罪嫌疑人大都是从犯“马仔”，而团伙的首犯、主犯，往往是在幕后遥控指挥，要证明首犯、主犯的犯罪更是难上加难。因而，即使侦查了几个月或者是一两年的案件，由于最后证实首犯、主犯的间接犯罪证据形成不了证据的证明体系，在采取破案行动时，只能抓一些“马仔”，首犯和主犯仍逍遥法外。

为了从根本上制止外流贩毒犯罪活动，首先要大力宣传毒品危害、禁毒法律法规、禁毒成果以及党和政府禁毒的决心，提高人民群众的禁毒意识。其次是要抓住解决毒品问题的长远性和持久性问题，千方百计开展“无毒社区”创建活动，对毒品问题进行综合治理。再次，为了打击吸毒的问题，我们需要从根本上萎缩毒品消费市场，从源头上解决毒品犯罪问题。以安徽省阜阳市临泉县为例，在集中整治工作中，县委、县政府狠抓禁吸戒毒工作不放。首先在全县开展毒情大普查，根据“乡不漏村、村不漏户、户不漏人”的原则，重点摸排核定吸毒人员和涉嫌贩毒人员、外流务工人员以及被打击处理人员底数。

(三)依法打击娱乐场所贩毒犯罪活动

全力抓好娱乐场所及其他公共服务场所的禁毒工作，有效打击涉毒犯罪，遏制了毒品危害。各镇(街道)、各职能部门以歌舞厅、迪厅、夜总会、酒吧、网吧、桑拿中心等场所及宾馆饭店、出租房屋为重点，深入开展调查摸底工作，通过明察暗访，掌握全区娱乐服务场所涉毒情况。可以以曾在娱乐服务场所吸贩毒被查处人员为重点，依托先进的信息系统和高科技侦查手段，整理在娱乐服务场所内吸贩毒嫌疑人员信息，加大对涉毒娱乐场所的整治和涉毒违法犯罪行为的打击力度。

经营者如利用场所贩卖、提供毒品或组织、介绍、容留、引诱、教唆、欺骗、强迫他人吸毒、注射毒品，抑或在公安机关查处时隐瞒情况，为违法犯罪通风报信或帮助毁灭、伪造证据、阻碍民警依法执行公务，警方除依法追究直接责任人的法律责任外，对该场所要予以取缔。

对娱乐场所业主、经营管理者、从业人员举办禁毒知识学习班，使他们了解毒品危害，掌握禁毒法律法规，督促其知法守法、严格自律、合法经营，有效地防止娱乐场所成为吸毒贩毒的藏身之地；在娱乐场所醒目位置张贴

禁毒警示牌和宣传画，组织播放禁毒主题的电视录像片，公布各级公安机关的举报电话，营造全民禁毒的良好氛围。

四、加强易制毒化学品、麻醉药品、精神药品管制

（一）加强对易制毒化学品、麻醉药品、精神药品进出口薄弱环节的管理

对麻黄碱生产、经营、使用情况要经常进行检查，摸清麻黄碱生产、经营、使用、进出口企业底数，查清麻黄碱的来源和流向，进一步加强对麻黄碱的管控措施；同时展开对醋酸酐的检查，摸清醋酸酐生产、经营、使用、进出口企业底数，掌握醋酸酐生产、经营、使用和进出口情况，加强对跨省购买、运输的省际间核查，初步规划醋酸酐生产经营行为；各地、各部门以专项行动为契机，深入企业走访，监督检查企业的制度建设、台账管理等情况，督促企业做好内部监管，提高企业防范意识和管理水平，密切政府主管部门和企业间的合作。

通过进出口贸易信息沟通和合作，有效地防止易制毒化学品从国际贸易渠道流失。国家禁毒委员会办公室还会同商务部进一步加强易制毒化学品进出口国际核查，尤其是对麻黄碱、苯基丙酮、胡椒基甲基酮、醋酸酐等重点品种以及向金三角、金新月地区等重点地区出口的易制毒化学品严格核查，严防流入制毒渠道。麻醉药品和精神药品也必须遵循上述的基本原则。

（二）依法追究非法传授易制毒化学品、麻醉药品、精神药品制造方法者的法律责任

依据《麻醉药品和精神药品管理条例》第六十五条至七十九条的规定：

第六十五条　药品监督管理部门、卫生主管部门违反本条例的规定，有下列情形之一的，由其上级行政机关或者监察机关责令改正；情节严重的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）对不符合条件的申请人准予行政许可或者超越法定职权作出准予行政许可决定的；

（二）未到场监督销毁过期、损坏的麻醉药品和精神药品的；

（三）未依法履行监督检查职责，应当发现而未发现违法行为、发现违

法行为不及时查处,或者未依照本条例规定的程序实施监督检查的;

(四)违反本条例规定的其他失职、渎职行为。

第六十六条 麻醉药品药用原植物种植企业违反本条例的规定,有下列情形之一的,由药品监督管理部门责令限期改正,给予警告;逾期不改正的,处5万元以上10万元以下的罚款;情节严重的,取消其种植资格:

(一)未依照麻醉药品药用原植物年度种植计划进行种植的;

(二)未依照规定报告种植情况的;

(三)未依照规定储存麻醉药品的。

第六十七条 定点生产企业违反本条例的规定,有下列情形之一的,由药品监督管理部门责令限期改正,给予警告,并没收违法所得和违法销售的药品;逾期不改正的,责令停产,并处5万元以上10万元以下的罚款;情节严重的,取消其定点生产资格:

(一)未按照麻醉药品和精神药品年度生产计划安排生产的;

(二)未依照规定向药品监督管理部门报告生产情况的;

(三)未依照规定储存麻醉药品和精神药品,或者未依照规定建立、保存专用账册的;

(四)未依照规定销售麻醉药品和精神药品的;

(五)未依照规定销毁麻醉药品和精神药品的。

第六十八条 定点批发企业违反本条例的规定销售麻醉药品和精神药品,或者违反本条例的规定经营麻醉药品原料药和第一类精神药品原料药的,由药品监督管理部门责令限期改正,给予警告,并没收违法所得和违法销售的药品;逾期不改正的,责令停业,并处违法销售药品货值金额2倍以上5倍以下的罚款;情节严重的,取消其定点批发资格。

第六十九条 定点批发企业违反本条例的规定,有下列情形之一的,由药品监督管理部门责令限期改正,给予警告;逾期不改正的,责令停业,并处2万元以上5万元以下的罚款;情节严重的,取消其定点批发资格:

(一)未依照规定购进麻醉药品和第一类精神药品的;

(二)未保证供药责任区域内的麻醉药品和第一类精神药品的供应的;

(三)未对医疗机构履行送货义务的;

(四)未依照规定报告麻醉药品和精神药品的进货、销售、库存数量以

及流向的；

（五）未依照规定储存麻醉药品和精神药品，或者未依照规定建立、保存专用账册的；

（六）未依照规定销毁麻醉药品和精神药品的；

（七）区域性批发企业之间违反本条例的规定调剂麻醉药品和第一类精神药品，或者因特殊情况调剂麻醉药品和第一类精神药品后未依照规定备案的。

第七十条　第二类精神药品零售企业违反本条例的规定储存、销售或者销毁第二类精神药品的，由药品监督管理部门责令限期改正，给予警告，并没收违法所得和违法销售的药品；逾期不改正的，责令停业，并处5,000元以上2万元以下的罚款；情节严重的，取消其第二类精神药品零售资格。

第七十一条　本条例第三十四条、第三十五条规定的单位违反本条例的规定，购买麻醉药品和精神药品的，由药品监督管理部门没收违法购买的麻醉药品和精神药品，责令限期改正，给予警告；逾期不改正的，责令停产或者停止相关活动，并处2万元以上5万元以下的罚款。

第七十二条　取得印鉴卡的医疗机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由设区的市级人民政府卫生主管部门责令限期改正，给予警告；逾期不改正的，处5,000元以上1万元以下的罚款；情节严重的，吊销其印鉴卡；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分：

（一）未依照规定购买、储存麻醉药品和第一类精神药品的；

（二）未依照规定保存麻醉药品和精神药品专用处方，或者未依照规定进行处方专册登记的；

（三）未依照规定报告麻醉药品和精神药品的进货、库存、使用数量的；

（四）紧急借用麻醉药品和第一类精神药品后未备案的；

（五）未依照规定销毁麻醉药品和精神药品的。

第七十三条　具有麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师，违反本条例的规定开具麻醉药品和第一类精神药品处方，或者未按照临床应用指导原则的要求使用麻醉药品和第一类精神药品的，由其所在医疗机构取消其麻醉药品和第一类精神药品处方资格；造成严重后果的，由原发证

部门吊销其执业证书。执业医师未按照临床应用指导原则的要求使用第二类精神药品或者未使用专用处方开具第二类精神药品,造成严重后果的,由原发证部门吊销其执业证书。

未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师擅自开具麻醉药品和第一类精神药品处方,由县级以上人民政府卫生主管部门给予警告,暂停其执业活动;造成严重后果的,吊销其执业证书;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

处方的调配人、核对人违反本条例的规定未对麻醉药品和第一类精神药品处方进行核对,造成严重后果的,由原发证部门吊销其执业证书。

第七十四条　违反本条例的规定运输麻醉药品和精神药品的,由药品监督管理部门和运输管理部门依照各自职责,责令改正,给予警告,处2万元以上5万元以下的罚款。

收寄麻醉药品、精神药品的邮政营业机构未依照本条例的规定办理邮寄手续的,由邮政主管部门责令改正,给予警告;造成麻醉药品、精神药品邮件丢失的,依照邮政法律、行政法规的规定处理。

第七十五条　提供虚假材料、隐瞒有关情况,或者采取其他欺骗手段取得麻醉药品和精神药品的实验研究、生产、经营、使用资格的,由原审批部门撤销其已取得的资格,5年内不得提出有关麻醉药品和精神药品的申请;情节严重的,处1万元以上3万元以下的罚款,有药品生产许可证、药品经营许可证、医疗机构执业许可证的,依法吊销其许可证明文件。

第七十六条　药品研究单位在普通药品的实验研究和研制过程中,产生本条例规定管制的麻醉药品和精神药品,未依照本条例的规定报告的,由药品监督管理部门责令改正,给予警告,没收违法药品;拒不改正的,责令停止实验研究和研制活动。

第七十七条　药物临床试验机构以健康人为麻醉药品和第一类精神药品临床试验的受试对象的,由药品监督管理部门责令停止违法行为,给予警告;情节严重的,取消其药物临床试验机构的资格;构成犯罪的,依法追究刑事责任。对受试对象造成损害的,药物临床试验机构依法承担治疗和赔偿责任。

第七十八条　定点生产企业、定点批发企业和第二类精神药品零售企

业生产、销售假劣麻醉药品和精神药品的，由药品监督管理部门取消其定点生产资格、定点批发资格或者第二类精神药品零售资格，并依照药品管理法的有关规定予以处罚。

第七十九条 定点生产企业、定点批发企业和其他单位使用现金进行麻醉药品和精神药品交易的，由药品监督管理部门责令改正，给予警告，没收违法交易的药品，并处5万元以上10万元以下的罚款。

第八十条 发生麻醉药品和精神药品被盗、被抢、丢失案件的单位，违反本条例的规定未采取必要的控制措施或者未依照本条例的规定报告的，由药品监督管理部门和卫生主管部门依照各自职责，责令改正，给予警告；情节严重的，处5,000元以上1万元以下的罚款；有上级主管部门的，由其上级主管部门对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职的处分。

第八十一条 依法取得麻醉药品药用原植物种植或者麻醉药品和精神药品实验研究、生产、经营、使用、运输等资格的单位，倒卖、转让、出租、出借、涂改其麻醉药品和精神药品许可证明文件的，由原审批部门吊销相应许可证明文件，没收违法所得；情节严重的，处违法所得2倍以上5倍以下的罚款；没有违法所得的，处2万元以上5万元以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八十二条 违反本条例的规定，致使麻醉药品和精神药品流入非法渠道造成危害，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，由县级以上公安机关处5万元以上10万元以下的罚款；有违法所得的，没收违法所得；情节严重的，处违法所得2倍以上5倍以下的罚款；由原发证部门吊销其药品生产、经营和使用许可证明文件。

药品监督管理部门、卫生主管部门在监督管理工作中发现前款规定情形的，应当立即通报所在地同级公安机关，并依照国家有关规定，将案件以及相关材料移送公安机关。

五、深化“无毒社区”创建活动

（一）“无毒社区”的基本含义

“无毒社区”是指无吸毒、无贩毒、无种毒、无制毒的小型社区。1999年

8月，国家禁毒委员会在内蒙古自治区包头市召开全国禁毒工作会议，部署开展创建“无毒社区”工作，标志着我国“无毒社区”的创建工作正式拉开帷幕。创建“无毒社区”活动就是以禁吸戒毒工作为重点，把禁吸、禁贩、禁种、禁制工作的各项目标、任务、措施和责任落实到社区党委、政府、各职能部门、公安派出所和居(村)民委员会等基层组织，城市以街道、农村以乡镇为基本单位，也可以居(村)民委员会为基本单位，然后积小区为大区，积小胜为大胜，逐步扩大“无毒社区”的范围，实现一县、一市、一省乃至全国“禁绝毒品”的目的。

1.创建“无毒社区”的范围。创建“无毒社区”工作，城市以街道、农村以乡镇等为基本单位，按照属地原则进行。在创建过程中，城乡社区可以从创建无毒家庭、无毒学校、无毒单位、无毒小区等做起，在创建工作中，对暂住人员、寄住地社区为主负责，人户分离以现住地社区为主负责。

2.创建“无毒社区”目标任务。开展创建“无毒社区”工作，以社区内彻底实现无吸毒、无贩毒、无种毒、无制毒为总目标。目前，尚未遭受毒品侵害的地区，主要任务是保净土，以预防教育为主，采取各种措施巩固无毒成果。已染毒地区，要以禁吸戒毒为重点，全面落实禁吸、禁贩、禁种、禁制各项措施，减少毒品的社会危害，努力做到：社区公众禁毒意识普遍增强；新滋生吸毒人数逐年减少；对吸毒人员一律实行强制戒毒，对复吸人员一律实行劳教戒毒；对戒毒出所人员一律落实接茬帮教措施，复吸率逐年降低；对制贩毒人员一律追究刑事责任；禁绝非法种植毒品原植物活动；逐步创建一批“无毒社区”。

3.创建“无毒社区”，关键是落实禁毒工作责任制。各省、自治区、直辖市均召开会议，贯彻国家禁毒委员会部署，普遍制定出创建“无毒社区”的实施方案、暂行办法和创建目标，推出一系列重要举措，一些地方加大了人力、物力、财力的投入。四川、福建等省、自治区、直辖市还把创建“无毒社区”纳入社会治安综合治理和创建“安全文明小区”的重要内容，实行一票否决，并明确提出各级党政主要领导是当地创建工作的第一责任人。贵州、内蒙古等省、自治区、直辖市推行“两条线”禁毒责任制，在各级党政组织推行禁毒任期目标责任制，层层签订禁毒责任状，将禁毒工作的成效与本人政绩结合考察，在社会治安综合治理考评中实行禁毒工作一票否决；在公安机关执行禁毒工作责任追究制度，对没有完成年度目标任务、造成工作重大失

误的单位和个人,从下至上追究行政连带责任。

(二)各地开展“无毒社区”创建活动在预防吸毒方面的作用及存在问题分析

1.落实各项措施,做到目标明确,重点突出。在无毒社区的创建工作中,不断加大禁毒宣传,依法收容戒吸毒人员,建立健全帮教体系,努力实现社会面上无新增、无失控吸毒人员的目标。

2.开展禁毒严打整治,强化禁吸戒毒,为创建工作扫除障碍。公安机关充分发挥主力军的作用,依法严厉打击各种毒品违法犯罪分子,积极推进无毒社区的深入发展。

3.健全帮教体系,努力实现社会面上无新增和失控吸毒人员。具体落实对吸毒戒断出所、劳教戒断出所人员帮教监控工作,相继成立了以责任区民警、村社干部、禁毒防艾工作队员和家庭主要成员为主要帮教力量的帮教小组,健全和完善了吸毒人员的“登记卡、尿检卡、帮教卡”三卡制度,把关爱与帮教融为一体,通过每月一次的跟踪谈话和尿检,不断提高吸毒人员的戒断巩固率。

4.创建“无毒社区”的工作是一项长期而复杂的社会系统工程,绝不是一场“运动”,搞一阵子就能奏效。因此,要完成这项跨世纪的宏伟工程,需要多少年,甚至多少代人的艰苦奋斗。既要有广泛深入、艰苦细致的宣传教育工作,还必须要有科学的长远规划、有效的组织措施和具体的实施方案,以保证各项工作健康有序地稳步发展。要在党委、政府的统一领导下,充分发挥政府各有关部门的政策优势,深入社区发动群众、依靠群众、调查研究、科学规划、制订措施、协调关系和帮助各基层社区、单位合力解决实际问题的具体办法,特别要充分调动公安司法、法律行政、文教卫生、思想宣传、广播电视等有关部门的积极性,运用法律的、行政的、经济的、思想的、教育的、文化的各种手段,各负其责,齐抓共管,真正把打击、预防和治标、治本有机地结合在一起。实际上,广大人民群众对各种毒品犯罪这一丑恶的社会现象深恶痛绝,创建“无毒社区”工作正是反映了人民群众的强烈要求和迫切愿望,只要我们一切工作的出发点是为了群众的利益,一切为了群众,一切依靠群众,继续发扬从群众中来,到群众中去的优良传统和工作作风,群众一定能够充分发动起来。一旦群众真正认识毒品的危害,真正了解我们党

和政府打击毒品犯罪的一贯立场、坚定信念和政策法规，就不会再有人置身事外，漠不关心了。只要广大人民群众的警惕性提高了，自觉抵御毒品侵害的意识增强了，他们主动参与创建"无毒社区"的全社会共识和全社会共同行动的禁毒新格局应有望形成。因此，广大群众对"创建"工作的参与程度是检验"创建"工作成败的试金石。从全国创建"无毒社区"工作开展较好的一些单位和经验看，开展"创建"工作的起点和最终的落脚点都是以百姓朝夕相处的生活社区为基本单元的，然后积小区为大区，积小胜为大胜。"创建"工作的基本力量是社区的力量，即社区民警、社区居(村)民委员会、社区内各企事业单位、家庭等各种力量资源的整合。而创建"无毒社区"工作是一项开创性的工作，可能遇到的问题复杂多样，又无现成经验可供借鉴。首先是人、财、物力的投入问题。要开展社区宣传教育，完善社区配套服务设施、健身娱乐设施，尤其是创建预防社区青少年吸毒违法犯罪的各种基础工程设施，以及开展各种各样大型群众活动等，都要花钱，都需要人、财、物力的投入。然而经费去哪里找，有关专业技术人才去哪里请，由谁来请，教育基地、活动场所在哪里建，由谁来建等问题，都离不开政府的有力支持。此外，戒毒人员回到社区以后，上学问题、工作问题、职业培训的问题、家庭问题、婚姻问题以及社会歧视等等问题，由谁来帮助他们一一解决。凡此种种困难和问题，单靠社区力量是远远不够的，也是万万办不到的。因此，只有人民政府来做"创建"工作的坚强后盾，充分发挥政府的服务和协调功能，通过政府各有关部门、社会有关单位和群众团体，共同努力，互相配合，全民共同参与的办法来解决前进中所遇到的各种问题，以保证"创建"工作的健康发展。

(三)建立和完善强制隔离戒毒所和社区帮助良好的衔接制度

戒毒是一个系统工程，也是一项基础工作。社区帮教工作是戒毒工作的一个延续，也是戒毒学员回归社会的第一步。"无毒社区"的创建，可以联动戒毒所管教、管段民警和社区干部的共同力量，防止戒毒学员回归社会的脱管、漏管现象，对出所后的戒毒康复人员进行后续再辅导、咨询和监管，及时帮助他们解决来自心理、生理、社会、家庭等各方面的困难。管段民警深入社区，了解吸毒人员及家庭状况，并对其进行重点监管，发现复吸绝不姑息；居委会则发动家属及周围群众真诚对待戒毒康复者，进行亲情帮教，

让其真正体会到关心、支持和督促，鼓励他们勇于面对现实，争取早日康复，积极投身到无毒社区的建设中，为无毒社区的建设贡献一份力量。

第二节　中国港、澳、台地区吸毒预防策略概述

一、香港地区吸毒预防策略概述

预防市民大众吸毒是禁毒工作的第一道防线。在香港，相关部门及议会（包括禁毒常务委员会、扑灭罪行委员会、立法会议员和非政府机构）在制订预防吸毒政策上担当了重要角色，多年来支持香港特区政府运用“五管齐下”的策略，教育市民了解吸毒的危害及消除对毒品的误解。同时，警方、海关、各区扑灭罪行委员会及非政府机构等在其中进行配合，共同举办了不少针对预防毒害的活动。此外，香港特区政府于 1996 年 3 月成立了“禁毒基金”，其负责拨款给有关团体筹办相关的活动。而香港保安局禁毒处在预防教育和宣传反吸毒信息方面不遗余力，通过多元的方式让青少年、家长、教师和社会大众充分掌握有关毒品和吸毒问题的知识，从而有所警惕。事实上，青少年毒品问题专责小组（2008）的报告中已详细列出了香港吸毒预防方面的工作，其中包括了 3 个层次和 22 个方面：

（一）第一防线的预防工作

在基层预防的工作上，有关部门主要是针对全港市民进行教育及宣传，以此提高市民对毒品不良影响的认识，从而不进行第一次尝试。同时更从中提高家长及老师的警觉性，及早进行预防，宣传的方式十分多样化，包括：

1.特区政府层面的宣传活动

特区政府宣传活动旨在向各界传达禁毒信息，鼓励全民抗毒，并动员社会各界参与禁毒工作。形式包罗万象，例如在 2008 年举行为期两年的全港禁毒运动，配合每年的国际禁毒日，以“不可一、不可再。向毒品说不、向遗憾说不”为主题，推出一连串的活动，活动和计划包括一连串根据真人真事而制作的全新宣传短片或声带、配套的宣传物品和措施，由流行乐队主唱的禁毒主题曲，以及通过政府的青少年一站式网上平台推行的短片比赛。同时，禁毒基金在 2008 年核准了 59 项计划，总额为破纪录的 3,300 万港元，以资助社会服务团体举办响应该主题的活动。另外，禁毒处还推出了禁毒电视

连续剧以及与和记电讯合作,在暑假期间发送禁毒短讯给五万名年龄在18至25岁的手提电话客户,以此把反吸毒的信息传送到更多的青少年受众。

2.地区层面的活动计划

在香港的吸毒预防工作上,地区组织的参与是不可缺少的。事实上,香港特区政府与各类团体(包括区议会、各区扑灭罪行委员会、传媒、商业机构、专业团体、妇女团体、家长教师会、青少年组织、制服团体等)已建立伙伴关系。这些团体当中有不少已在2008年年中开始推行禁毒活动和计划,以配合香港政府的中央宣传活动。此外,香港的中央扑灭罪行委员会也响应政府的反吸毒策略,并以遏止青少年吸毒作为2008至2009年度的宣传主题之一,在该委员会领导下,各分区扑灭罪行委员会正筹办多类地区活动,包括家长讲座、话剧、工作坊和禁毒大使计划等,以加强小区对毒品问题的认识。另外,青少年暑期活动计划每年均举办多项不同性质的活动,提供另一广泛接触儿童和青少年的途径;民政事务总署也积极协调在地区和小区层面的活动,促进各界参与,该署更把活动资料上载到部门网站,以加强宣传。

3.学校的禁毒教育

在小区中进行禁毒教育,学校的角色举足轻重。事实上,青少年毒品问题专责小组(2008)也提到,禁毒教育已融入学校的课程里;中、小学各年级不同的学科已包含了有关课题。教育局通过学校课程和其他学习经历,致力培育学生的正面价值观和态度,促进学生的全面发展。教育局会继续提供多元化的学习机会,培育学生正面的价值观,并继续提供学习计划,帮助学生掌握生活技巧和拒绝毒品的技巧,使他们远离毒品,提升学生抗拒引诱的能力,以正确的态度和技巧处理逆境。同时,教育局会加强推动学生参与制服团体的活动、多元智能挑战营、药物信息天地参观活动和其他青少年发展计划,例如"成长的天空计划"[1]和"共创成长路"[2]。另外,禁毒处、社会

---

[1] 教育局自2004—2005学年开始,在小学推行"成长的天空计划"。该计划是一套全面的个人成长辅助计划,目的是提升小学生的抗逆力,以面对成长的挑战。从历次的学生评估问卷发现,学生参加该计划后,在控制情绪、解决困难、订定目标、建立人际关系等各方面都有进步。

[2] 为了促进青少年的全面发展,香港赛马会慈善信托基金捐出4亿港元,与教育局及社会福利署推行一项为期四年的"共创成长路"赛马会青少年培育计划。顾名思义,该计划通过全面的培训活动,协助青少年健康成长。

福利署、警方和卫生署一直都在为学生举办或资助非政府机构举办讲座和其他活动,以提高学生对毒祸的认识。

4.警察学校联络计划

预防吸毒也是警察学校联络主任的一项重要工作。现在,警察学校联络计划共有25名小学联络主任和33名中学联络主任,通过学校、政府部门和非政府机构等多方合作模式,协助学校及早发现青少年犯罪行为,预防和处理学生参与犯罪和非法活动的问题。除了与学校保持紧密联络和收集关于学生参与非法活动的资料外,学校联络主任更以小组或个别形式,会见被学校发现的问题学生,帮助他们建立积极的价值观并教育其遵守纪律。此外,又会定期在学校举办不同主题的讲座,探讨预防和打击吸毒等问题。近年,青少年犯罪(特别是吸毒)与涉及学生(作为罪犯和受害人)的举报罪案,均有上升的趋势。为了善用学校平台来预防青少年吸毒和其他青少年犯罪问题,并且及早提供介入服务,青少年毒品问题专责小组(简称专责小组)认为有需要改善学校联络主任的人员编制比例。他们会在学校担当更重要的支持角色,例如增加探访学校的次数、加强预防教育活动以及促进警方与学校在毒品和其他遏止罪案问题上的沟通。

(二)第二防线的预防工作

第二防线的预防主要针对有较大机会接触到毒品的人士,通过不同形式的服务令他们不会尝试第一口毒品。近年香港政府致力于打击青少年吸毒问题,故此针对一些社会称之为高危或边缘青少年的对象,给予适当的关注,通过专业辅导来预防他们吸毒,方法包括:

1.针对当事人的项目计划

负责第二防线的工作大多为曾受过专业训练的社工,他们在日常工作中有很多机会接触一些身处不利环境的年青人,加上拥有专业知识及沟通技巧,较容易化解青少年的抗拒,继而灌输反吸毒的信息。一些社会服务机构在过去数年曾推出不少针对高危青少年的反吸毒项目计划,包括:

(1)香港路德会社会服务处路德会青怡中心获禁毒基金资助,于2006年推出一项名为“三伍支己”滥药青少年支持计划,该项计划为期18个月。在此计划里,专业社工会跑到娱乐场所主动结识吸食危害精神毒品的青少

年，并进行介入。通过提供个人或小组辅导、兴趣小组、技能培训及其他支持服务等以减少高危青少年吸食毒品的机会。

(2)香港基督教服务处 PS33 中心(PS33 中心)同样获禁毒基金资助，于 2006 年举办为期两年的“RAM.速递”计划。通过身体检查、动机式晤谈及辅导等一连串服务，为年龄在 14 至 26 岁的吸食危害精神毒品青少年提供早期介入服务，防止他们沦为毒品的依赖者。

(3)基督教香港信义会于 2007 年推出为期一年的针对跨境吸毒者的计划，旨在提高青少年(包括高危青少年和曾吸食危害精神毒品的青少年)对吸毒问题的认识，以及帮助他们建立自信，并加强他们的家庭支持网络。

(4)明爱容圃中心于 2006 至 2007 年期间举办的“‘青’新天地 Free to Feel 计划”，在地区及学校识别有吸食危害精神毒品危机或现正吸毒的青少年，为他们提供康乐活动、身体检查、才艺训练和历奇训练等活动，以增强青少年参加者的自信心并协助他们建立多元的兴趣。

除了由青少年机构提供的项目计划外，物质误用诊所在过去三年也为滥药辅导或戒毒中心的护士、同工和社工提供不同的讲座、工作坊和预防教育活动，增进他们在处理吸食危害精神毒品人员方面的知识。此外，诊所又为青少年、中学生和大学生举办工作坊和讲座，提高他们对吸食危害精神毒品的祸害的认识，推广禁毒信息。

2.强化支持系统

除了针对高危青少年本人，强化他们身边的支持系统，也是第二度防线工作重要的一环。例如在 2006 年，PS33 中心推出为期一年的“掌 ART 今天”美术作品送赠计划，让学生和吸毒者有机会作互动交流。戒毒康复者会向学生分享他们戒毒的心路历程，特别是吸毒对个人成长造成的不良影响。学生也可通过图画，表达对康复中的戒毒者的关怀和支持。

此外，为协助改善吸毒者和家人的关系，以及建立吸毒者家人支持网络，香港基督教服务处赛马会日出山庄于 2008 年推出一项名为“家人网络”的计划。该计划为期一年，期间为吸毒者的家人举办每月两次聚会，帮助他们了解吸毒者吸毒的原因、吸毒者的需要，以及在吸毒者接受戒毒治疗和康复过程中可提供的支持。提供类似计划的还有明爱乐协会，该会通过

举办讲座及个别/小组辅导协助吸毒者家人面对互累症[1]。明爱容圃中心于2007至2008年期间,在禁毒基金资助下,在香港一个小区推行“家家不药创明‘天’”计划,以地区展览、家长工作坊、参观访问等活动,提高区内家长对青少年吸食危害精神毒品问题的关注,并加强他们与子女的关系,中心也成立家长小组来提升家长们的互助精神。

3.医护专业的投入

由于吸毒涉及心理和生理方面的因素和影响,禁毒预防工作必须得到医护专业人员的支持。以其中一项由禁毒基金资助为期两年的“验出新动力”先导计划为例,作为负责机构,东华三院越峰成长中心在该项为期两年的计划里,为青少年吸毒者提供身体检查服务和动机式晤谈。该计划旨在扩大网络,能及早在小区层面发现吸毒者(特别是青少年和间歇吸毒者),并进行介入,以便尽早提供治疗,或转介他们到非政府机构接受辅导或其他服务。计划也有私人执业医生和医疗机构的参与。截至2008年年底,有12名医生和四家健康检查公司参与计划,约有200名吸毒者得到转介接受评估。

另一所志愿服务机构也有类近的计划。自2007年起,路德会青怡中心与位处同一区域的医管局下属的香港中毒咨询中心合办一项计划,帮助有泌尿问题的吸毒者。经该中心做初步评估后,那些明显有吸食氯胺酮迹象的吸毒者会被转介到香港中毒咨询中心,进行健康评估。如有需要,有关人士会再获转介接受治疗。

此外,屯门物质误用诊所加强了外展服务和与非政府机构的合作。于2008年,该诊所共举办了三项小区外展计划,由精神科医生及护理人员和职业治疗师在小区滥药辅导和青少年中心,为高危青少年提供教育、检查和评估服务。如需要就在屯门物质误用诊所接受治疗的受助人的个案进行跨专业个案讨论,有关的外展和禁毒社工会获邀出席每月举办的个案会议。

---

[1] 根据香港圣雅各福群会(2010)的网上资料所引述,“互累症”一词开发于美国20世纪70年代,用作治疗酒精依赖症,发现家属俱失去自己,脑海全是被家人沉溺行为操控,幻想可用爱感化对方改变、忘我而失平衡。互累症者赖于得到别人的认同,借以获取安全感、自我的价值和身份的确认。这样会往往迷失自己的本性而疏忽自我的感受和需要。http://www.sjsmile.com/courses/details.php? courseid=935&catid=2。

4.通过互联网接触高危青少年

众所周知,青少年普遍使用互联网,香港有关的禁毒部门一直善用这个平台,向青少年宣传禁毒信息,并为高危青少年提供协助。属于政府网域的禁毒处网页及其他散布于互联网的网页,现在都有提供网上禁毒资源。有关部门也会留意在第二代互联网(Web2.0)潮流下,不少青少年经常浏览网上讨论区、网志、热门社交网络和影像分享网站等,青少年有机会接收到一些有关毒品的错误信息,因而削弱预防教育工作的成效。不过,这些最新的网上功能却开拓了宝贵的机会,让有关各方以全新的方式与青少年接触。

5.香港赛马会药物信息天地

位于香港金钟道政府合署低座的香港赛马会药物信息天地(药物信息天地)于2004年启用,是禁毒预防教育的专题展览中心,向学生、家长和市民大众提供禁毒教育的平台。药物信息天地占地900平方米,内设有陈列影音展品的展览馆、互动影院、多用途课室及参考图书馆。根据保安局禁毒处(2010)的资料,自启用以来,访客已超过120,000人次,其中包括小学至大专院校学生、海外代表团、内地禁毒机构、非政府机构及各类团体。该展览馆总共为420间学校的68,973名学生举办593次讲座及参观药物信息天地活动;为6,228名来自制服团体、家长教师会、青少年中心的成员、教师、社工及其他小区组织成员举办182次讲座、座谈会及参观药物信息天地活动,以加深他们对毒品的认识。

(三)第三防线的预防工作(针对初尝试者)

第三防线的预防的工作,目的是发现吸毒者,鼓励他们寻求治疗,以及转介他们接受适当的戒毒治疗及康复服务。服务包括学校社会工作服务、地区青少年外展社会工作队、深宵外展队、滥药者辅导中心等。在执法方面,如属少年违法者,警方会考虑警司警诫计划,社会福利署则会通过小区支持服务计划提供服务。如果获法庭判罪,违法者便会被判入戒毒所、感化令等。

1.在学校发现可能需要协助的高危学生

发现刚开始吸毒的学生,以便提供介入服务,是校园禁毒工作重要的一环。除可帮助吸毒者本人外,更可防患于未然,及早处理校园内可能萌生的问题。处理吸毒个案需要跨专业队伍的合作,涉及教师、学校社工、警察学

校联络主任等。然而，基于专业操守、个人资料私隐和其他法律问题的考虑因素，学校在促进各方合作方面可能会遇到困难。另外，在学园内进行毒品测试也是极具争议性，当中涉及学生的个人私隐和人权问题。

2.学校社会工作服务

自2000年起，香港实施“一校一社工”政策。于2007至2008年度，约有490所中学获得此安排。遇到有吸毒问题的学生，学校社工会先对当事人给予支持，包括对问题作出初步评估，更对有需要的学生及其家人进行动机式辅导，以及在征得当事人同意后转介他/她参与戒毒治疗和康复计划。

3.日间和深宵外展服务

外展社会服务的社工以主动的方式，跑到高危青少年经常出没的地点，给予适当的服务，当中所接触的对象不乏有吸毒习惯的年轻人。现在全香港共有16支提供日间服务的地区青少年外展社会工作队以及18支为夜青提供服务的深宵外展队，所有队伍均为受政府资助的非政府机构。外展服务的效果明显，能及早发现有可能或间歇吸毒的辍学或失业青少年。通过当场接触和实时介入，社工可与青少年建立关系和互信，这对于培养并维持青少年远离毒品的动力至关重要。例如香港青年协会分别在西贡及黄大仙、荃湾及葵涌区提供外展服务，该会更获西贡区议会资助，以及在社会福利署与康乐及文化事务署地区办事处的支持下，于每星期五晚上至星期六凌晨于小区内一体育馆举办名为“YND”的“青少年夜墟活动”，为深宵青年组织各项有益身心的活动，好让在晚间出没的青少年不至经常流连街头而受到不良影响。

4.司法分流

对于触犯刑事罪行而有吸毒问题的违法者，法庭可判以感化服务。根据这类判罚，违法者须按照法庭命令所规定的条件接受监管。香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划报告书（2009）曾建议引入海外毒品法庭的做法，以加强本港现有的感化服务。当局在2008年7月由社联举办的咨询会议上，征集业界的意见和建议。经负责小组审慎考虑后，当局计划推行为期两年的加强感化服务先导计划。有关计划旨在根据《罪犯感化条例》（第298章）和参考海外毒品法庭的做法，为青少年毒犯提供更集中的、更有系统的和更深入的戒毒治疗计划。

现在,非政府机构受资助营办的五支小区支持服务队,为警司警诫计划下的少年犯事者提供支持服务。警方的保护青少年组也提供转介服务、警诫后监管及善后服务。自 2008 年第四季起,五支小区支持服务队各队新增的一名助理社会工作主任,以及保护青少年组新增的一名警长和五名警员已投入服务,自 2008 年第四季起已加强有关服务。

5.校园验毒试行计划

鉴于校园毒品问题的严重性及对学校及社会的影响,香港行政长官于 2009 年 7 月订出处理青少年毒品问题的方向。其中一项主要策略是毒品测试,并率先推行 2009 至 2010 学年大埔校园验毒试行计划(简称"计划")。进行验毒的成本约为 330 万,其中包括员工及材料的成本。其他资助额约 800 万,包括资助给大埔的滥药者辅导中心(220 万元)、23 间中学(230 万元)和为学校提供预防教育及学生和家长的支持服务的学校社工服务的非政府机构(350 万元)。计划在 2009 年 12 月开始进行,直至 2010 年,超过 12,400 位学生曾参与本计划,占学生总人数的 61%。共有 2,495 名学生被随机选中测试,大约是参与计划的学生人数的 20%。而其中 1,975 名学生接受了测试,当中并无确定为阳性的个案。此外,也为学校、学生和家长举办了多次简报会、研讨会及咨询和辅导。大约有 80 名受毒品困扰的学生自行到滥药辅导中心并受助于计划的支持项目。根据大埔区校园验毒试行计划(2009 至 2010 学年)评估研究,在计划的最初筹备阶段时,社会上有观点认为验毒计划可以成为及早识别吸毒学生的工具。但与此同时,有关学生的个人私隐和人权问题也成为备受关注的议题。考虑过社会各方意见后,计划最终落实,以学生和家长双方同意自愿参与的原则为基础。

6.打击跨境吸毒

事实上,青少年不限于在香港境内吸毒。很多时候,他们会跨过边境,跑到深圳地区的消费娱乐场所吸食毒品。因此,有不少青少年服务机构推出相关的服务,香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划(2009)报告中提及不少这样的例子,包括:

(1)东华三院越峰成长中心于 2006 年推出"跨越彩虹"计划,服务对象是有跨境吸毒习惯的青少年或高危青少年。该计划通过举办宣传活动,例如话剧、讲座、历奇训练营和小区宣传活动,宣传跨境吸毒是十分危险的信

息,以纠正青少年对吸毒的误解,并鼓励吸毒者远离毒品。

(2)协青社于2008年推出“暴走禁毒基地”一项为期一年的计划。该计划获禁毒基金资助,利用一辆提供多种服务的流动货车,每逢周末傍晚七时至凌晨三时在香港与中国内地的边境地区接触青少年,向他们传递禁毒信息,与此同时提供具吸引力的活动,例如街头舞蹈、涂鸦示范、卡拉OK、视像/纸牌游戏、乐队表演及溜冰等。此外,放映禁毒短片,一些已戒毒人员也会在场,跟大家分享经验。主办机构可实时为青少年介绍和安排多种支持服务,例如辅导、就业服务和简单的身体检查,期望鼓吹健康的活动,配合适当的支持服务,能够防止青少年吸毒。

(3)于2008年,童军知友社赛马会朗屏青少年服务中心获禁毒基金资助,推出“乐不思毒——青少年反滥药支持辅导计划”。计划为期18个月,通过流动教育中心、研讨会、工作坊、比赛、嘉年华会和在边境地区派发小册子等活动,推广禁毒教育。该中心为高危青少年建立朋辈网络,推广积极、健康的兴趣爱好,并设立禁毒教育网站,以及举办学校工作坊、团体活动和家长工作坊。

(4)禁毒基金也资助香港明爱于2008年推出“跨界药戒——建立三重防线遏止青少年跨境滥药”计划,计划为期两年,专门服务小区内的青少年,针对不同学生的需要而设计活动。为一般中学生而设的预防教育活动中,加入互动元素,而为高危学生而设的活动中加入介入元素。活动内容包括租用小型客货车,内设身体检查设备,以便在边境附近设立流动毒品信息和辅导摊位,训练吸毒者成为大使,以及由社工提供外展服务等。

(四)第三防线的预防工作(针对毒瘾严重者)

防止戒毒者再次吸食毒品属于第三层的预防工作。介入会更加深入,帮助遭拘留和毒瘾严重的吸毒者去除毒瘾和重投社会是最主要的服务目标,服务方式包括以下几个方面:

1.为戒毒康复者及其家人而设的计划和服务

在帮助吸毒者康复和重投社会的过程中,吸毒者的父母、配偶和兄弟姐妹等家人往往承受巨大压力,如得不到适当处理,可能会进一步导致情绪失调或精神紊乱。根据香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划(2009)报告记录了响应这方面需要的服务计划,其中包括:

(1)于2007年,得基辅康会恩慈之家年举办讲座,加强吸毒者的家人在处理吸毒者时懂得兼顾自身的感受和情绪的能力。

(2)香港戒毒会致力于协助戒毒康复者保持远离毒品的生活方式,并对家庭作出贡献。近年,该会举办了改善育婴和教导儿童技巧的训练计划和讲座,并提供子女奖学金,以鼓励他们关心子女的健康和学业。

(3)基督教信义会芬兰差会、香港晨曦会和香港戒毒会等非政府机构已与商界建立网络,为戒毒康复者提供职业训练和就业机会。参与该等计划的雇主切实地树立了良好的榜样,教育公众支持戒毒康复者重投社会。

(4)香港善导会与葵涌物质误用诊所合作,推行"绿洲计划",为吸毒者提供评估和辅导服务。所提供的服务包括转介吸毒者、短期住院戒毒治疗、康复计划和善后辅导,以加强防止重染毒瘾。

2.树立戒毒康复者的正面形象

在一般情况下,吸毒是一项不被社会接受的行为。吸毒者或戒毒者很多时候会受到别人的歧视,甚至家人的离弃。因此他们往往对自己缺乏信心,自我形象更是低落。每当他们情绪低落,再次吸毒的机会便很大。因此,为吸毒重拾个人自信是第三防线重要的一环,不少社会服务机构也针对这方面的需要作出了相应的服务,包括:

(1)东华三院越峰成长中心于2008年与艺术疗法专家合作,举办一项计划,协助青少年吸毒者培养艺术方面的兴趣和才华,并鼓励他们参与义务工作。参加者探访了东区尤德夫人那打素医院的精神科住院病人,并通过创作艺术品,表达对病人的关怀。计划目的是让青少年吸毒者建立自尊,防止他们重染毒瘾,并有助于建立戒毒康复者的正面形象。

(2)不少吸毒者或许都有牙齿问题,损害外貌和自我形象,甚至有碍交友或求职。香港基督教服务处赛马会日出山庄在2007年展开一项"牙腔新生"计划,为戒毒治疗中心的服务使用者提供牙科治疗服务,目的是增强他们重投社会的自信心。

(3)为呼吁社会各界支持禁毒工作,并推广对青少年的关怀文化,禁毒处于2008年,展开一项主题为"不可一、不可再。向毒品说不、向遗憾说不"的全港禁毒运动以及"友出路"计划,支持吸毒者戒毒、康复和重返社会,是有关计划的重要部分。

（五）针对其他禁毒工作者的教育

1.制作学校资源套

于2009年，香港禁毒处和教育局委托一所社会服务机构，制作一套资源套供参考和培训之用。该资源套共分三册，包括《政策篇》、《禁毒教育篇》及《辨识及处理篇》，务求让非政府机构用作向校长、教师、学校社工和训辅人员或教师提供的培训或分享活动中，作为培训和专业发展的教材之一。当中学校人员利用此教材套可进一步掌握所需的学问和专门知识，加强他们处理青少年吸毒问题的信心和能力，希望相关各方能善用小区资源，达致健康校园，共建无毒小区。

2.教师及校长的专业发展

除制作资源套外，加强教师的持续专业发展也是重要的一环，以便他们执行新的工作。鉴于相关各方均有本身的优先处理工作及迫切需求，校长在制定和领导健康校园政策发展方面，担当十分关键的角色。专责小组认为应提供有系统的培训，包括为本地中小学班主任和科任教师安排半天到校的校本培训课程，加强教师对毒品和预防吸毒的认识，并提升他们及早发现高危学生的技巧；以及为核心学校人员（例如训辅教师）安排两天的密集培训课程，让教师在策划和推行包含禁毒元素的健康校园政策时，具备所需的知识和实际技巧，能与社会各界和政府协作，预防学生吸毒、发现高危学生，以及处理涉及学生的吸毒个案。禁毒处和教育局已委托非政府机构，在2008至2009学年举办教师培训计划，并已预留资源为代课教师提供津贴，让教师参与两天的培训。

3.家长教育

在预防青少年吸毒的工作上，家长的角色极为重要。家长教师会和联会是动员家长加入禁毒工作行列的重要推动力。禁毒资源套旨在协助家长掌握所需的知识和技巧，预防青少年吸毒，并及早发现子女可能出现的问题。教育局和禁毒处正联同家庭与学校合作事宜委员会，积极推展这方面的工作。该委员会曾在2008年10月举行周年研讨大会，主题是健康家庭，预防吸毒是其中一个主要题目。该次研讨会有数百名家长、教师和学校人员出席。另外，香港的禁毒处、社会福利署和教育局一直为家长举办工作坊和座谈会，以加深他们对毒品的认识，让他们掌握与子女沟通的技巧和寻求

协助的途径,多个非政府机构和家长教师会也有提供类似援助。专责小组认为,有需要在较为一般性的家长教育活动和为家长而设的健康生活计划中,加入禁毒教育的元素。

4.戒毒治疗及康复服务证书课程

为支持戒毒治疗与康复服务的人力发展,禁毒处于2006年委托香港浸会大学持续教育学院为社工和朋辈辅导员开办证书课程。通过有系统的培训,让前线禁毒工作者掌握处理吸毒者的最新知识和专业技巧。课程包含必修单元和专科单元:必修单元涵盖吸食危害精神毒品的新趋势、与毒品有关的法例、物质误用的社会因素、成瘾的行为与认知理论,以及戒毒治疗和康复服务的发展等课题;专科单元分两科,各有不同内容,以满足社工和朋辈辅导员的不同需求。主要相关机构如保安局、物质误用诊所及戒毒治疗及康复中心等的代表获邀担任课程的讲者,根据香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划(2009)数据,共有68人完成这项课程并取得证书。

5.专业培训

禁毒处与社会福利署于2007年5月为禁毒工作者合办工作坊,让他们掌握处理吸食危害精神毒品人员问题的实用技巧,有超过270人出席。另外,香港医学会在禁毒基金的资助下,联同社联举办研讨会,以此提高医生和社工因应毒品依赖者的需要而提供协助的能力。研讨会汇集了不同范畴的戒毒治疗及康复专业知识,在研讨会结束后,主办单位向医学会会员、社会福利机构及在中学工作的青少年工作者派发超过8,000本小册子。

香港社会服务联会(简称社联)[1]为不同领域的人士举办了一系列的禁毒培训计划,包括于2007年12月举办的"处理过度滥药"研讨会,以及于2008年举办的"小区跨界协助滥药人士"研讨会。另外,社联在同年举办一个"女性戒药服务训练"工作坊。获邀的讲者和到场人士分享他们在预防吸毒和戒毒治疗服务方面的见解、经验和辅导技巧。工作坊不仅特别提到本港戒毒治疗和康复服务的趋势,还向参加者简单介绍了一个以小区为本的介入模式。

---

[1] 社联于1951年正式成为法定团体,其角色为有系统地统筹及策划各种福利服务工作,现时共有超过370个机构参加成为社联会员。

综上所述,预防教育和宣传工作对防止大众吸毒起着积极的作用,动员社会各界人士协作及参与,共同抗毒,是全港禁毒文化重要的一环。此外,培训禁毒工作者也是极为重要的,包括校长、老师、社工、医生及家长等应懂得及早发现有问题的青少年,尽早进行介入和安排治疗。同时,家庭的支持服务对预防吸毒也极为重要,通过不同渠道和平台,向市民灌输有关管理家庭生活的知识和技巧是不容忽视的。五管齐下的禁毒策略多年来行之有效,预防教育及宣传工作不只限于打击毒害,更重要的是燃起整个社会的关怀文化,协助年轻人健康地成长,共同向毒品说不。

二、澳门地区吸毒预防策略概述

面对广受关注的毒品泛滥趋势,自 20 世纪 90 年代起,澳门政府就加强了打击毒品危害的各项策略和措施。[1] 长期以来,澳门政府坚持采用控制供应和减低需求两大禁毒策略,近年来更加积极研究减低伤害的措施,以期构建整个社会的毒品安全防卫体系。具体策略包括采用法律手段打击毒品犯罪(禁毒)、防治药物依赖工作(戒毒)、减低社会对毒品的需求(拒毒)。

(一)关于毒品的正式社会预防

澳门药物滥用的防治工作主要由社会工作局防治药物依赖厅负责统筹和执行,包括推行预防药物滥用的教育及宣传工作,直接提供戒毒治疗和康复服务,收集和分析药物依赖领域内的重要资料及数据,进行滥药相关的调查研究工作。社会工作局预防药物滥用处下设健康生活教育中心、禁毒教育资源中心和预防教育推广小组负责药物滥用的预防,戒毒康复处下设戒毒综合服务中心负责吸毒者的戒毒康复工作,并对民间戒毒服务提供支持(见图 5-1)。

社会工作局积极推进防治兼备、减低伤害的全面禁毒策略。预防药物滥用处直接主动向社会上不同的对象提供各式各样的预防教育计划,具体服务包括:

1.为 5 至 12 岁学童而设的"健康生活教育计划"。于 1999 年推出,以多媒体及主动的方式,按儿童心智及社交能力发展,向其灌输健康生活、学

[1] 周伟光:《澳门毒品犯罪新形势及对策探析》,《行政》2008 年 21 卷第三期,总第 81 期。

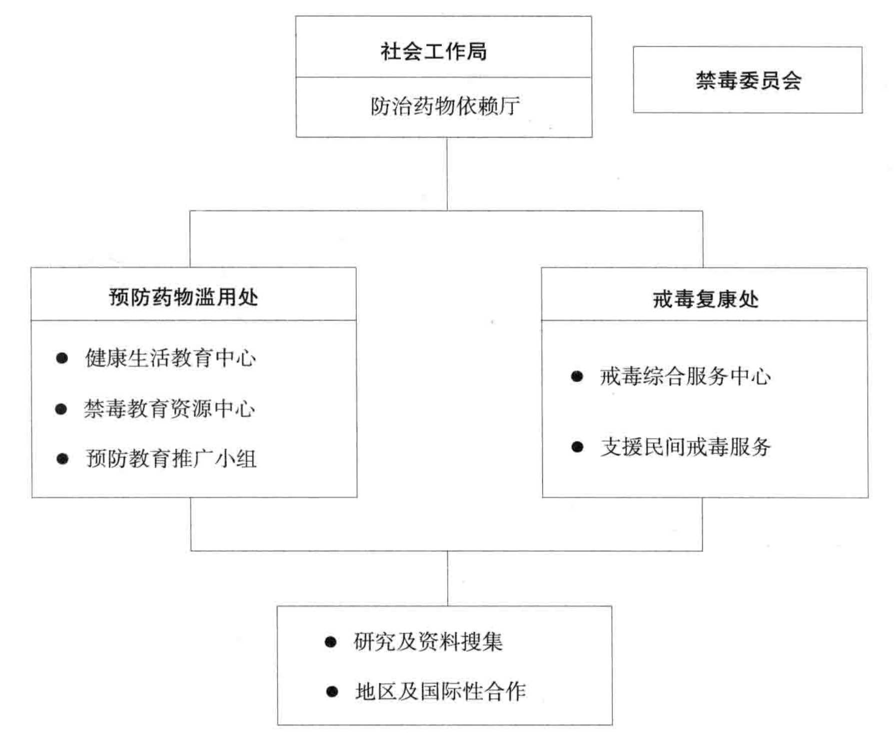


图 5-1 澳门特区毒品正式社会控制机构结构示意图

习面对朋辈的压力、远离烟酒毒等有害物质的常识。

2.专业预防药物滥用讲座。向学生、家长、老师及其他专业人士给予预防药物滥用的知识。

3.专业培训课程。向教师、社工和各类专业人士提供专业培训课程,使其能强化防治药物依赖工作的知识和技巧。

4.禁毒展览。向学校、社区中心、公共场所展示有关防治药物依赖的讯息,加强社会对有关问题的认识。

5.大型社区性禁毒活动。每年“国际禁毒日”期间都会举行一系列的大型抗毒行动,向市民宣扬抗毒意识,建立无毒社区的目标。

6.禁毒宣传资讯。透过图片展品、单张、小册子、互联网网页、媒体广告等介绍相关的服务和预防方法。

7.禁毒咨询热线及接待服务。设有电话热线及面谈,为有需要的人士提供相关的服务及资料。

8.推动和协助其他官民机构/社团参与和举办抗毒行动。

具体而言，在预防工作方面，大力推广禁毒宣传工作，频繁举办禁毒讲座。积极推动学校和社团开展多元化的禁毒禁烟预防教育及宣传工作，包括每年举办青年禁毒活动奖励计划等，并加强对学校老师、社工等专业人士的禁毒培训，以及发展家长预防教育工作。2008 年还分别举办了“巡回拜访学校老师”及“哈乐巡回探访学校”活动，既团结老师的力量，又加深学生对健康生活教育的认识。为不断提升预防滥药教育的效能，将系统化的药物教育课程设为学校课程，于 2002—2005 年间陆续引进适用于中一至中三学生的预防滥药课程——“智 Cool 攻略”。在戒毒康复工作方面，继续推行美沙酮维持治疗计划，有效监控艾滋病毒/艾滋病在吸毒人群的蔓延情况。此外，还开展了青少年滥药评估和跟进服务；通过协调相关政府部门和民间团体，落实制订转介合作机制，共同加强跟进及处理滥药青少年的相关工作。戒毒综合服务中心为药物依赖者提供综合性及多元化的戒毒治疗及复康服务，包括有门诊戒毒及短期住院脱毒服务，并附设有供学习及休闲的“益健坊”，完成后将会安排跟进长期康复及社会重返计划。在预防工作方面主要是以全面及全民性预防教育的策略为主导，借以增加社会大众对毒品祸害的意识及防备。目前澳门预防药物滥用教育的推广是以学校为基地，并运用各种渠道面向整个社区。重视社会各界的参与，以营造一个全面及全民性的禁毒网络，共同致力于让每一个家庭、每一个社会成员，特别是儿童及青少年能持久深入地得到禁毒的教育和讯息。

预防工作的重要性在澳门已得到普遍认同和支持。现时学校、民间社团、政府部门及社会大众对防毒灭毒的工作表现积极。澳门现已有近八成中学参与了有关预防计划，小学生方面亦开始普及。但面对长期高居不下、复杂多变的毒品问题，预防工作显得更为重要，并须做长期性的投资和努力。澳门在预防药物滥用策略上，未来将主力强化对儿童和青少年的长期性预防教育，并就吸烟和滥用精神药物年轻化的趋势，需要定期开展对青年人与药物滥用的有关调查研究工作，借以能制订更具针对性的干预计划和措施。除了上面所述的《澳门青少年与药物调查研究》外，现正开展以大专学生和边缘青年为对象的同类型的调查研究，以及《澳门药物滥用治疗及复康工作之评估研究》，同时亦计划对相关研究做定期性的延续及做趋势

比较分析，以建立长期的政策规划及服务参考依据。

尤其值得一提的是澳门艾滋病毒/艾滋病在吸毒人群的蔓延情况的有效监控。澳门仍属艾滋病低感染率地区（<0.1%），直至目前为止，艾滋病毒在澳门蔓延的程度仍然有限。从1986年至2008年年底，澳门已积累410宗艾滋病病毒感染个案及42宗艾滋病个案。除了性接触外，共享针具注射毒品是导致艾滋病病毒传播较高的一个途径。在澳门历年积累的感染艾滋病病毒/艾滋病中，通过共享针具注射毒品而受到感染的占13.4%。在2004年，在戒毒求助人士中，艾滋病病毒的感染率因共享针具吸毒激增至3.5%，澳门政府立即推行吸毒人群的缓害计划，并且于2005年成立了由社会文化司司长担任主席的"防治艾滋病委员会"，以加强社区参与，促进跨部门合作，共同对抗艾滋病病毒感染/艾滋病的流行。此外，澳门还将试行"澳门对入境者实施强制性艾滋病病毒抗体检验政策"和"通过减少共享针具以遏制HIV感染者静脉吸毒者中传播的政策和措施"，建议降低持有清洁针具的吸毒者的刑罚，以减少共享针具吸毒。澳门政府对感染艾滋病病毒/艾滋病高危人群的防治工作十分重视：(1)加强对高危人群的检测，于2008年4月开始对感染艾滋病病毒/艾滋病高危人群提供免费的艾滋病病毒抗体测试服务；(2)开展高危人群的危险因素调查及宣传教育，"澳门女性娱乐业从业者的健康行为评估、教育及预防"研究和"澳门酒店类场所艾滋病资讯/安全套提供情况及意愿问卷调查"已顺利开展和完成。经过这些有效措施后，澳门近年来吸毒人群艾滋病病毒/艾滋病感染率明显下降，2008年戒毒求助人士艾滋病感染率已降为1%（见图5-2）。

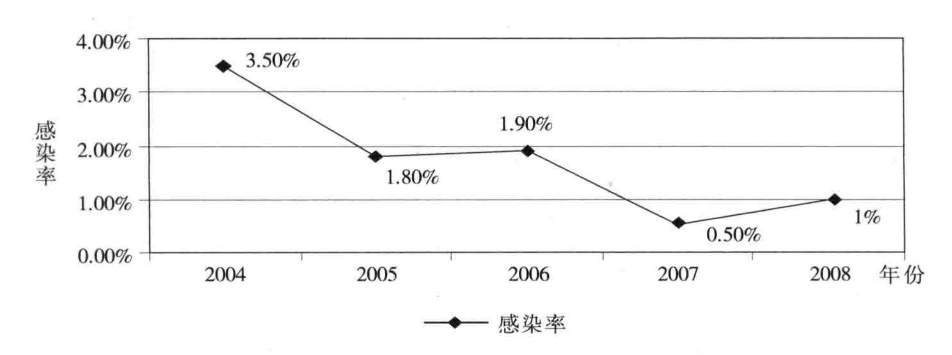


图5-2　2004—2008年澳门戒毒求助人士艾滋病病毒/艾滋病感染情况

（二）关于毒品的非正式社会预防

澳门向来被称为“社团社会”，众多的民间社团机构在澳门的政治、经济、社会文化生活中发挥了重要的作用。在禁毒方面，民间机构的力量也不容忽视。由于澳门的毒品防治工作起步较晚，曾经被很多专业人士所诟病，认为可供外地区借鉴之处甚少，[1]并且认为民间戒毒机构与官方机构之间的协调方面仍有不足。[2] 近年来，随着政府对毒品防治的重视以及民间机构的兴起，澳门的多元防治策略渐见成效。[3] 澳门现有的民间戒毒机构主要有澳门青年挑战福音戒毒中心、澳门戒毒康复协会、澳门基督教新生命团契、澳门更新互助会等。这些民间机构采用多元化的戒毒辅导措施，比如澳门青年挑战福音戒毒中心和澳门基督教新生命团契的“宗教模式”、澳门戒毒康复会的“社区模式”以及多个机构都采用的“医疗模式”。其中不乏一些可圈可点的做法。

家属支援服务：澳门戒毒康复协会以“社区模式”为自愿戒毒人士提供住院式药物脱瘾、社会心理复康治疗以及社会重返服务。由于药物滥用者的家属长期以来倾诉无门，加上日常生活中所面对的诸多问题，如婚姻问题、子女问题、经济问题、家庭暴力等问题，所承受的压力相当大。因此建立一个互相支持的关怀网络就应时而生，通过每月一次的小组聚会来让吸毒者家属互相倾诉压力，并对有需要的市民提供协助及咨询。

减低伤害服务：减低伤害服务的对象包括药物滥用者、性工作者以及有高危行为的群体。目的是为了宣扬禁毒讯息、提升滥药人士的戒毒动机，以及推广预防艾滋病、肝炎、性病等传染性疾病的知识。服务内容包括以讲座及派发传单等形式来加强服务对象及公众对减低伤害的认识，及正确个人卫生及护理常识、预防血源性传染病的知识，安全性行为的认识以及共享针筒或针具的危害等讯息。

针筒回收计划：该计划鼓励一些以注射方式用药的人士主动将使用过

---

[1] 郑安凯：《透视大陆地区、香港、澳门吸毒与戒毒状况》，《矫正月刊》第185期，1996年11月。

[2] 韩卫：《澳门自愿戒毒服务之整体配套与理念》，《中国药物滥药防治杂志》2005年第4期。

[3] 董振宇：《戒毒模式考察》，《人民法院报》2006年4月17日。

的针筒弃置于民间机构设置的针筒回收箱内，目的在于减少弃置针筒可能对社区造成的影响，甚至减少药物滥用者间共享针筒的机会。该计划自2008年6月开办至12月31日共回收针筒4,564支，表明该计划已成功减少了4,564支可能在社区内造成危险的针筒。

朋辈辅导计划：由于滥药青少年对毒品的警觉性较低，缺乏对毒品的正确认识和戒毒动机，再加上青少年特别容易受到朋辈影响（如前所述，根据2008年澳门禁毒报告，澳门青少年吸毒的原因中受朋辈影响占29.4%，是青少年吸毒的主要动因），因此，有些民间戒毒机构推行"朋辈辅导计划"，聘请成功戒毒的青少年为朋辈辅导员，推行药物教育工作，以滚雪球形式向青少年提供相关服务。

（三）评论与结语

澳门的毒品问题跟澳门特殊的经济、地理环境和人口特征是分不开的。从地理上来看，澳门地小人稠，面积仅28平方公里，常住人口约54万，平均每平方公里人口近2万人，是世界上人口密度最大的城市；在澳门人口最密的花王堂区，每平方公里的人口超过10万人。是世界上人口密度最大的区域。在经济方面，澳门以博彩业为龙头行业，并以此带动旅游业和相关行业，而博彩业和色情业与毒品存在着千丝万缕的联系。从人口特征来看，澳门有庞大的流动人口群，2008年进入澳门的旅客人数高达3,000万人次，流动人口数为常住人口的55倍多。从交通运输方面看，澳门的对外交通运输十分发达，再加上澳门具有国际自由港的地位，外地人出入境也十分方便。[1] 因此，以体内藏毒方式偷运毒品来澳案件明显飙升，贩毒分子利用各种机会将毒品偷运进澳门，并以澳门为中转站将毒品运往中国内地、中国香港等地。

纵观澳门的毒品犯罪及吸毒状况、反毒立法和各个层次的禁毒机制及禁毒措施，可以看出，澳门毒品防治的相关工作，虽然起步较晚，但由于近年来政府对毒品危害性的重视，加大了打击毒品的力度，并于2005年专门成立了禁毒委员会，协助政府制定和落实以打击毒品及药物依赖为目的的政策、策略，并整体协调全澳公共和私人实体的打击毒品及药物依赖的行动。

---

[1] 数据来源于澳门旅游局网站公布资料。

长期以来,澳门政府坚持采用控制供应和减低需求两大禁毒策略,近年来更加积极研究减低伤害的措施,以期构建整个社会的毒品安全防卫体系。总体上来讲,澳门的禁毒策略是一种多元化、多层次的禁毒策略。在控制供应上,由于澳门毒品都是从外输入,本地尚未发现有制毒工场,因此控制毒品供应主要靠加强国际与地区之间的司法协助和情报交流,加大毒品案件的侦破力度,减少偷运进澳门的毒品数量。2005 年澳门与广东警方签订了《粤澳警方缉毒部门关于对广东省内查获的澳门籍吸毒人员移交出境合作协定》,有效打击了澳门本地人北上内地滥药。在减低需求上,推行全民反毒策略,建构药物滥用防治网络,大力推广禁毒宣传工作。此外,对青少年涉毒问题尤为重视,将系统化的药物教育课程设为学校课程,并加强对学校老师、社工等专业人士的禁毒培训,发展家长预防教育工作。针对青少年特点,开展“朋辈辅导计划”。在减低伤害上,除了对自愿戒毒人士提供“美沙酮替代治疗”外,努力提升滥药人士的戒毒动机,推广预防艾滋病、肝炎、性病等传染性疾病的知识,并且重视因吸毒引起的其他社会并发问题,如积极防治因共享针管/针具而造成的艾滋病病毒/艾滋病感染。基于澳门浓厚的宗教氛围而推行的“福音戒毒”,是“宗教戒毒”在澳门试行的范例。“福音戒毒”采用非药物治疗方法,从生理和心理上帮助吸毒或药物滥用者戒除毒瘾并进行康复治疗,培养他们以进取的态度去克服挫折,改善生命,重整人生价值观,并协助改善与家人的关系。

应该说,澳门自进入 21 世纪以来,特别是近些年来,毒品犯罪和滥药情况以及经吸毒相关途径感染艾滋病病毒/艾滋病的状况得到了有力控制,这与澳门政府推行的全民反毒策略是密不可分的。控制供应、减低需求和减低伤害的禁毒策略,多元化、多层次的反毒社会安全防卫体系,以及针对澳门自身情况量身定做的“福音戒毒”、“朋辈辅导”、“药物教育进课堂”等具体措施,都是值得推广和其他国家、地区借鉴的经验做法。

三、台湾地区吸毒预防策略概述

台湾地区目前对于吸毒预防之策略,主要参考公共卫生预防流行疾病模式中的三级预防概念,将预防的对象分为三种类,从第一级的一般社会民众,特别是在学之未成年人,到第二级具有高风险者,给予阻断干预,最后则

为第三级，预防对象为曾经施用毒品者，目标是预防再犯。三种对象之相关策略说明如下：

（一）三级预防之概念

三级预防系援引自公共卫生预防流行疾病模式（public health models of disease prevention）概念发展，视犯罪为一种疾病，而将犯罪预防区分为三个层级进行[1][2]。

1.初级预防（primary prevention）

将重点"集中于鉴别提供有利于犯罪的机会，或促进犯罪行为发生的物理与社会环境，并依犯罪预防的需要进行改善，以断绝犯罪之发生"，比如对社会大众、学生族群广泛施予法治教育及倡导，深化其犯罪预防及被害预防观念，使其不从事犯罪行为或成为犯罪被害人。此有如要求民众施打疾病疫苗一般，其目的在于期望不发生犯罪，或已发生之犯罪日后不再发生。

2.次级预防（secondary prevention）

强调"致力于早期辨识潜在的犯罪者，并寻求有效的介入与处理"，以杜绝犯罪。其焦点则在于及早鉴定出犯罪高危险群，并预防或矫正其犯罪行为，主要策略例如物质滥用的预防与处遇、学校与犯罪预防等。此类似将肺结核病人加以隔离治疗。

3.三级预防（tertiary prevention）

针对"真正的犯罪者，进行司法或相关的处遇，以预防其再犯罪"。对已犯罪者，以刑事司法体系下之逮捕、起诉、监禁及矫正处遇等措施，加以防制及吓阻。

（二）吸毒三级预防之具体策略

台湾地区在反毒预防策略方面，主要以教育部与法务部负责推行政策。两公共部门分别研拟相关方案，教育部诉求的对象以各级学校学生为主，主要政策称为"防制学生药物滥用三级预防实施计划"，法务部则协助推动一般社会大众与学生之法治教育为主，方案称为"犯罪预防与法治教育行动

[1] Brantingham, P.J.and Faust, F.L., "A conceptual model of crime prevention", *Crime and Delinquency*, 1976, 22(3): 284-296.

[2] 周愫娴、廖钊诘：《以证据为基础之政府反毒教育倡导成效》，《犯罪防治学报》2010年第11期，第1—25页。

方案”。两计划均针对不同对象,设计了具体措施。

1.教育部吸毒预防政策主要以在校之未成年人为对象

教育部的“防制学生药物滥用三级预防实施计划”[1][2],其预防架构可依预防层级、策略及辅导人力及资源加以区分,如图 5-3 所示。

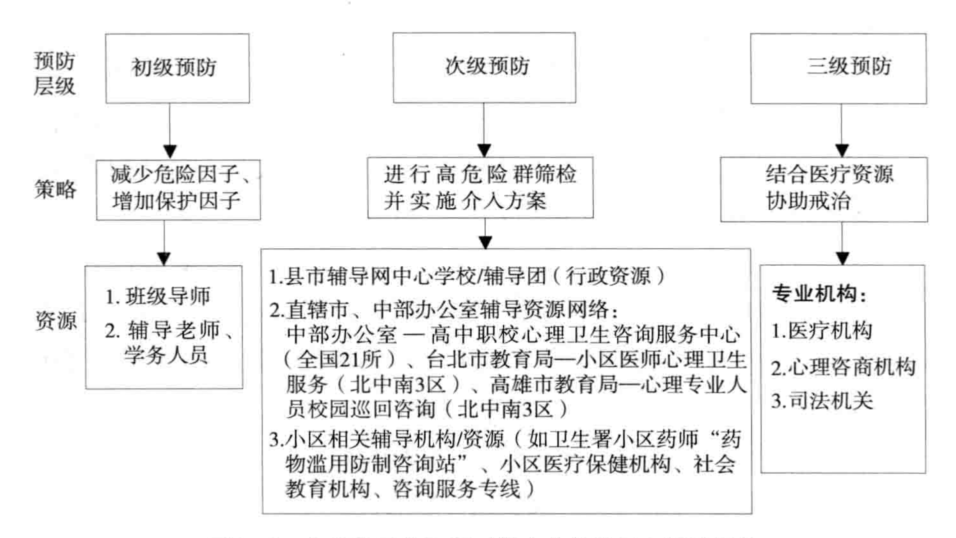


图 5-3　台湾地区教育部对学生药物滥用之预防架构

图 5-3 显示教育部的初级预防策略主要为通过倡导措施及办理正当育乐活动,提升学生认知,避免接触毒品,尤其针对设有进修部或夜间部之学校或高危险群学生,特别加强防范作为。

至于计划具体实施内容包括两大方向,一方面减少吸毒之危险因子,另一方面则是增加反毒之保护因子。

(1)减少危险因子

除举办并鼓励学生多从事有益身心健康活动,以减少学生涉足药物滥用高危险场所外,也结合自 1990 年即开始每年实施之校园内“春晖项目”,借由校园内之军训教官及护理教师在校执行学生生活辅导工作,并针对高中职以上特定人员避免药物滥用加以查察辅导。另一方面,学校也加强查访在外游荡学生,并置重点于网咖、PUB、MTV、KTV 等场所,将涉足学生列

[1] 台湾地区教育部:《教育部“防制学生药物滥用三级预防”实施计划》,2005 年。

[2] 台湾地区教育部:《教育部中程施政计划(99 至 102 年度)》,2010 年。

为药物滥用高危险群对象。且学校导师、辅导老师及学务人员对药物滥用可能性较高之学生加强个别辅导、家庭访问工作。

(2)增加保护因子

具体有五项做法:

①加强“药物滥用防制”倡导教育

各级学校分别办理以家长及学生为对象之“药物滥用防制”倡导活动,教导学生认识药物滥用的危害及拒绝诱惑的知能与技巧,培养学生正确思考、自主性拒绝毒品诱惑之能力,并提醒家长药物滥用之危害,共同协力防制。

②辅导、访视校外打工学生与校外租屋学生

每学期开学 2 周内完成工读学生及校外赁居学生之调查,并于开学后 1 个月内分别召开座谈会,借以实施“药物滥用防制”倡导教育。学校导师、辅导老师及学务人员应编组至学生工读场所、租屋处实施不定期访视,了解学生所处环境,表达关怀并协助其解决疑难。

③加强学校“春晖社团”或组训其他相关社团

此举是希望运用同侪力量,发挥正面影响力。

④学业设计及辅导活动

设计多元适性课程,强化学生学习兴趣,预防学生中辍;对于学业成绩低落学生,由导师积极辅导,引导学生适性发展,增强自我信心与能力,避免学生因成绩低落造成自暴自弃之情形而接触药物;同时,加强未升学、未就业青少年职业与技艺辅导,以及完善中辍生回归校园就学措施。

此外,辅导室借由相关课程或综合活动时间,办理“压力调适与情绪管理”、“冲动性与问题解决能力”、“拒绝诱惑的技巧”等训练活动,以增强学生自我管理、保护能力。

⑤充实师资

学校办理反毒师资培训课程,并充实学校辅导人力资源,妥适照顾高危险群学生。

有关次级预防的主要策略[1][2],则是针对高危险群学生进行尿液筛检,

---

[1] 台湾地区教育部:《教育部“防制学生药物滥用三级预防”实施计划》,2005 年。

[2] 台湾地区教育部:《教育部中程施政计划(99 至 102 年度)》,2010 年。

以及早发现学生施用毒品，给予适当介入与辅导。其实施内容分为筛检与辅导高危险群两大工作项目：

(1)筛检高危险群

①观察晤谈

学校导师、辅导老师及学务人员应经常关心学生上课、生活作息及交友状况，并主动联系家长，发现学生精神、行为有偏差或异常情形，即应实施个别晤谈，并从晤谈中发现学生有无药物滥用情形。

②筛检"特定人员"尿液

依"特定人员尿液采验办法"进行特定人员尿液筛检。

(2)辅导高危险群

①经观察晤谈、尿液筛检或经检警通知之药物滥用学生，应依循教育部"校园安全及灾害事件实时通报网"通报校安中心，并即由导师、辅导老师、学务人员、军训教官及家长等共同组成"春晖"小组进行辅导，期于3个月内协助戒除。

②学生药物滥用之辅导除校内之辅导资源外，可运用县(市)或小区辅导机构等辅导资源进行个别辅导：县(市)辅导网络中心学校或辅导团(行政资源)；教育部中部办公室高中职校心理卫生咨询服务中心；以及小区相关辅导机构(资源)，例如卫生署小区医师"药物滥用防制咨询站"、小区医疗保健机构、社会教育机构、咨询服务专线等。

最后，在三级预防实施计划里[1][2]，教育部设计的主要策略是要求高危险群学者经发现为药物滥用者，经3个月追踪辅导采集尿液复验，仍为阳性反应者，则结合地区医疗院所，投以治疗。实施内容以施用毒品种类为区分，若施用一、二级毒品滥用者，移送警察机关处理，并转介个案续行戒治。若施用三、四级毒品滥用者，经学校辅导若仍呈现阳性反应者，则需重复实施辅导作业，倘经第2次辅导仍为无效者，则请警察机关以虞犯身份移交少年法院(庭)处理。而学龄青少年经裁决强制勒戒或服刑出所后，将资料函送地方毒品危害防制中心实施社工追辅，对于有就学意愿者，安排转换学校

[1] 台湾地区教育部：《教育部"防制学生药物滥用三级预防"实施计划》，2005年。

[2] 台湾地区教育部：《教育部中程施政计划(99至102年度)》，2010年。

就学,并重新列入该校特定人员,重复实施辅导。

2.法务部吸毒预防政策则以成人为对象

法务部的“犯罪预防与法治教育行动方案”[1]有关初级预防策略之目标,除深化学校及一般社会毒品防制相关法律知识外,同时加强毒品犯罪预防及被害预防之教育及倡导,目的是使民众“不会、不想,且不愿”犯罪。其具体执行措施有:

(1)严正执法,营造知法、守法、崇法之社会风气

强化机关执法人员训练,落实执法,提升政府执法公信力;检视各部会犯罪预防相关方案,并落实执行;以及应用媒体推动法治教育,建构民主法治氛围等。

(2)协助深化学校法治教育内涵

提升教师民主法治素养;发展民主法治教育课程及教材;以及强化亲职法治教育等。

(3)整编毒品防制教育教材

统整相关数据,有系统、有计划地编辑毒品防制教育教材,同时也编制法律常识书籍、光盘等辅助教材,以及学者专家撰写时事案例法律解析,提供社会大众正确法治观念。

(4)普及毒品防制教育及咨询管道

法务部通过网站,搜集热心民主法治教育及法律推广人才,建立人才数据库;广泛提供法律咨询服务,提高服务可近性;以及运用因特网,促进信息流通等。

(5)结合实务、学术资源,扩展毒品防制之犯罪预防与法治教育研究

鼓励各政府部门与学术研究单位建立合作关系,共享犯罪预防与民主法治教育研究资源;建立犯罪预防咨询管道,方便民众查询;以及建立犯罪预防之学术与实务之交流机会等。

(6)鼓励民间参与毒品防制犯罪预防及教育学习环境

鼓励学术及民间团体参与犯罪预防及民主法治教育之推动;邀请民间

---

[1] 《犯罪预防与法治教育行动方案》,http://www.moj.gov.tw/lp.asp? ctNode=28159&CtUnit=9256&BaseDSD=7&mp=001。访问时间:2011年2月7日。

团体参与毒品相关犯罪防制政策及民主法治教育之推动；并强化小区民众犯罪预防与民主法治教育之参与等。

在二级预防方面，法务部的政策目标是针对有毒品犯罪之虞，或是已处毒品犯罪边缘之特定对象或环境，严正执法，采取强力介入及辅导措施，使其不能、不敢犯罪。具体执行措施是结合司法警察机关，提升办案技能，加强查缉毒品犯罪，有效打击、吓阻毒品犯罪，并积极防治新兴犯罪类型之发生。工作项目有四点：

（1）建立与司法警察机关打击重大毒品犯罪合作机制，提升查察毒品犯罪之效能。

（2）建立机关紧急通报及检举管道，有效搜集犯罪信息，加强查缉。

（3）提升毒品犯罪类型查察取缔之专业技能，增加毒品犯罪案件之证据力与定罪率等。

（4）制定"特定人员尿液采集检验办法"。

通过立法，政府可以要求"特定人员"实施必要之尿液筛检。所谓"特定人员"系指从事与公共安全有关业务、因业务需要经常接触毒品或经行政院认定为防制毒品泛滥而有实施尿液采验必要之特定人员（本办法第三条第一款）。换言之，每个政府主管机关所属或监督之"特定人员"各有不同，这项立法给予政府施以尿液筛检之法源依据如表5-1❶。

表5-1　台湾各政府机关尿液采验对象

主管机关	
台湾地区内政部	1.生活、勤务不正常，有施用毒品迹象之警察人员
	2.与涉嫌毒品犯罪分子交往频繁之警察人员
	3.毒品检验人员
	4.有下列情形之替代役役男：（1）曾有违反毒品危害防制条例行为者（含自动请求治疗者）。（2）入伍受训人员。（3）有事实足认为有施用毒品嫌疑者。（4）其他基于辅导教育或专业训练，认为有必要实施尿液采验者

❶ 台湾地区法规数据库：《特定人员尿液采集检验办法附表》，http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx? PCODE=I0030026。访问时间：2011年2月7日。

续表

主管机关	
台湾地区国防部	1.军事监(所)收容人
	2.曾有违反毒品危害防制条例行为者(含自动请求治疗者)
	3.入伍受训人员
	4.各类军用航空器、舰艇、车辆之驾驶及维修人员
	5.服务于航管、战管雷达、飞弹阵地、高科技武器研发、储存机密信息军品、战情中心、项目办公室、塔台、译电室及油料、弹药(分)库等处所人员
	6.毒品检验、研究及实际参与查缉毒品人员
	7.有事实足认为有施用毒品嫌疑者
台湾地区教育部	1.曾有违反毒品危害防制条例行为之各级学校学生(含自动请求治疗者)
	2.高级中等以下学校复学之学生,认为有必要实施尿液采验者
	3.有事实足认为有施用毒品嫌疑之各级学校学生
	4.各级学校编制内校车驾驶人员
台湾地区法务部	1.有下列情形之矫正机关收容人:(1)曾有违反毒品危害防制条例行为者(含自动请求治疗者)。(2)有事实足认为有施用毒品嫌疑者。(3)其他基于安全管理需要,认为有必要实施尿液检验者
	2.矫正机关管教人员,有事实足认为有施用毒品嫌疑者
	3.曾有违反毒品危害防制条例行为,经准许易服社会劳动之社会劳动人
	4.法务部调查局毒品专库保管人员、毒品检验人员及外勤单位实际参与查缉毒品人员
台湾地区经济部	1.台电公司发电、输电、变电、配电之装修、运转、操作及电力调度等工作人员
	2.中油公司各储运、供水、供电、炼制等工作人员
	3.经济部所属各机关、机构负责锅炉、炼炉、高压气密设备、有毒工业原料及气体、点焊、辐射机具、检疫、重要车辆驾驶及其他涉及公共安全工作人员
	4.前三款业务涉及之承包厂商实际进厂或操作之雇用人员
台湾地区交通部	1.市区汽车客运业及公路汽车客运业职业驾驶人员
	2.铁路行车控制及班车驾驶人员
	3.大众捷运系统行车人员
	4.服务于船舶上之所有人员
	5.门式机操作人员及桥式机操作人员
	6.领有民航证照人员(含航空器驾驶员、飞航机械员、地面机械员、飞航管制员、维修员及航空器签派人员)

续表

主管机关	
台湾地区卫生署	1.第一级及第二级管制药品之输入、输出、制造、贩卖、检验及业务相关人员
	2.毒品检验、研究及业务相关人员
台湾地区海岸巡防署	1.曾有违反毒品危害防制条例行为者(含自动请求治疗者)
	2.入伍受训人员
	3.有事实足认为有施用毒品嫌疑者
	4.办理毒品没入物之保管人员
台湾地区财政部	训练用毒品领用及管理人员

针对这些特定人员,主管机关每年需对所属或监督之特定人员实施不定期检验,必要时得另实施受雇检验、怀疑检验、意外检验、入伍检验、复学检验或在监(院、所)检验。至于尿液检验项目以吗啡类及安非他命类为基本项目;主管机关并得依所属或监督之特定人员业务特性,增加检验项目。

具体如何实施呢?系由机关拟定尿液筛检相关作业流程,图 5-4 即为教育部订定之具体实施流程[1]。基本上,需以随机抽样筛检为之,送验后,若有阳性反应,需复检,复检后仍为阳性反应,则展开通报、辅导、戒治。

在三级预防上,法务部政策目标是对毒品犯罪者实施矫治教化处遇措施,并于出狱后加强观护监督及更生保护、社会救助等配套措施,以顺利复归社会,预防再犯[2]。执行措施分别从观护人、更生保护与小区资料等着手。

(1)通过观护制度、各地方之毒品危害防制中心监督辅导吸毒者

其一,观护个案分级分类辅导与核心个案管理,强化戒瘾治疗:加强结合医疗、辅导及社会资源,协助毒品犯之治疗处遇,以降低再犯。

其二,通过"毒品成瘾者单一服务窗口"系统,建立追踪辅导毒品成瘾者机制。

---

[1] 台湾地区教育部:《教育部"防制学生药物滥用三级预防"实施计划》,2005 年。

[2] 台湾地区法务部全球信息网:《犯罪预防与法治教育行动方案》,http://www.moj.gov.tw/lp.asp? ctNode=28159&CtUnit=9256&BaseDSD=7&mp=001。访问时间:2011 年 2 月 7 日。

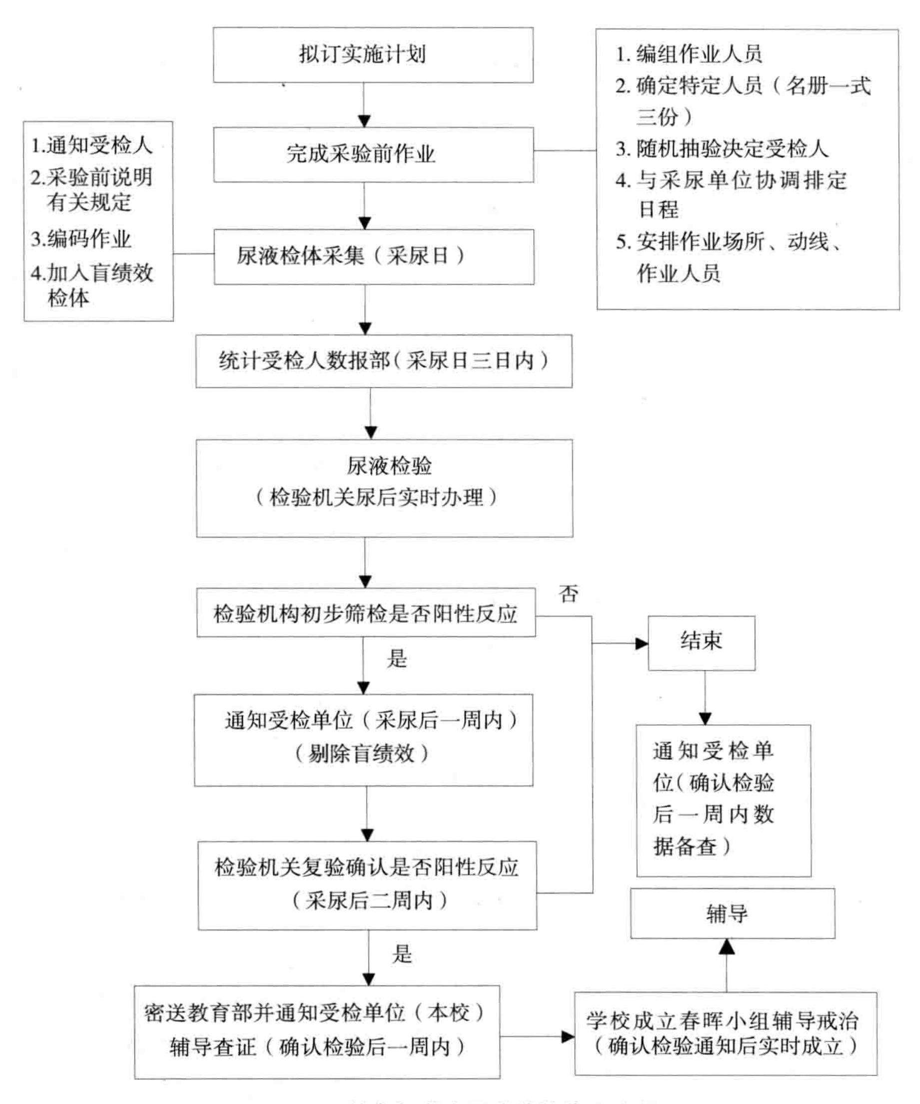


图 5-4 教育部学生尿液筛检作业流程图

(2)通过更生保护制度,建构吸毒者之家庭、就业与社会支持系统

其一,强化受刑人与更生人技能训练,建立职涯规划、就业辅导与转介。

其二,落实更生人小区与家庭支持功能。

其三,建构更生人卫生、医疗、戒瘾、安置、社会救助等网络,提供药物滥用咨询及戒瘾协助网络,以及对有戒瘾需求之更生人,协助转介或安置于中途之家,实施心理复健课程,协助戒瘾。

其四,开办或补助民间团体设置更生人中途之家及戒瘾庇护,提供更生人暂时保护及安置之处所。

其五,结合社会资源,针对收容人、更生人家庭之紧急危难,提供救助或转介服务。

(三)小结:台湾地区吸毒预防政策之特色、问题与未来

1.特色:预防网络合纵连横

有的研究发现台湾地区的反毒预防工作重心一直停留在倡导与尿液筛检阶段[1]。虽然如此,本书从政府政策反思其多年来的思维,认为台湾的吸毒预防政策发挥了其合纵连横各种资源、天罗地网之功能,且从外在环境到个人身体的控制兼备。简言之,具有三项特色:

第一,极其重视未成年人的反毒预防工作。台湾特别重视未成年人或在校学生的反毒预防,政府对未成年人投入非常多的资源,通过教育、家庭与社会系统不断倡导、筛选,并提供辅导戒治。

第二,政策与人权争议的妥协。过去学校实施学生尿液筛检措施并无法源根据,但是行之多年,未受质疑。晚近却有不少人质疑此政策之人权议题,被批评为可能侵犯个人隐私权,且展开了对个人身体之控制监督。为了解决争议,政府通过立法,让"筛检尿液"政策具有合法性与正当性,有了法源依据后,这项政策成为许多机关(尤其是学校)通过定期举行尿液检验筛选吸毒者之最有效工具。但也实现了国家对个人身体在非疾病状态下的高度侵入、控制、监督之实。

第三,天罗地网的倡导网络。不论是法务部或教育部均通过结合各机关(司法、社政、医疗、教育、警政、中央与地方政府等)、民间团体以及小区资源的方式,架构了一套无所不包的倡导与防制网络,在横向联结倡导资源与措施上极其积极,可说是天罗地网。

2.问题:无证据支持或评估机制之政策

美好的政策,若无法落实,缺乏评估、检讨与修正,则可能失之空谈。观察台湾地区的戒毒预防政策,也不乏未来需要改善之处。第一,政策要配置

---

[1] 杨士隆、吴志扬、李宗宪、林秝桢、陈竹君、李育政、程国峰、萧佳心:《青少年药物滥用防制策略评析》,台湾地区行政院研考会2009年版,第175页。

资源，否则无法实践，前面所述的政策中，我们少见政府具体说明配置之资源为何。第二，政策需要有责任分工，否则是否落实无法检核，前述政策也缺乏说明具体考核标准与责任分工。第三，政策需要实验、评估、检讨与修正，前述反毒预防政策并无实验方案，多半循着过去轨迹，继续操作，少见反毒预防政策之成效评估，政策之检讨与修正多半依赖长官意见、内部会议或专家会议为之，缺乏科学证据。

3.未来：乐见“毒品除罪化”之公民论述氛围

此外，有关吸毒是否应该除罪的问题，也少见政策上的讨论。“吸毒除罪化”虽然有其可讨论的空间，但因为不符合台湾社会的道德尺度，故政府也隐而不谈。但比较讽刺的是，前述已经开始实验之“替代疗法”或“减害计划”，已经具有除罪化的意涵，代表了政府对此项政策“只能做不能说”的立场。政府与社会舆论的主要考虑除了这个道德政治化议题外，还有吸毒导致之二次犯罪或衍生性犯罪、戕害个人身心等问题，但从另一方面来看，目前台湾监所已经被超过三分之一的毒品受刑人充塞，严重影响监所收容人的生活质量。研究也显示毒品成瘾者戒治效果小，部分研究显示有些吸毒者仍可正常工作与维持日常生活作息，且若将吸毒者定义为个人生活方式之选择，与其投入深不见底之庞大政府资源，收到极小的成效，不如让政府定位于只针对那些“有意愿、有能力”之戒毒者的资源提供者。吸毒除罪化的优缺点是可以论述清楚的议题，至于配套措施之设置（如医疗、小区戒毒资源）世界也不无其他国家可兹参考。目前“只能做不能说”或“说不清楚、讲不明白”之政策，在未来或可通过长期与经常之公民论坛或政策辩论让议题更清楚，且脱掉道德框架，列举更多科学证据后的讨论，社会共识与毒品政策才会是科学与理性的。

第六章　中国禁吸戒毒研究综述

第一节　国内外禁吸戒毒理论研究综述

在世界毒潮冲击下,从20世纪80年代起,以“金三角”为代表的境外毒源对我国的渗透加剧。近年来,随着形势的发展和我国对毒品违法犯罪打击力度的不断加大,毒品蔓延的势头得到了有效的遏制,但与此同时,以苯丙胺类兴奋剂为代表的新型毒品迅猛增长,对我国构成巨大威胁。其危害主要表现为新型毒品滥用人数直线上升,空间分布大面积蔓延扩散,产生了极其严重的后果,使大批青少年误入歧途,严重影响了地方民族经济的发展和边疆稳定。

鉴于上述严峻形势,国内外诸多专家学者与研究机构从不同角度和层面对禁吸戒毒进行了调查研究和探索,取得了一系列的相关成果。

一、国外的研究

毒品以及吸毒方面的研究在西方国家起步较早,国外的有关毒品的专著主要为:美国司法部缉毒署编《毒品案件侦查》(中国人民公安大学出版社1989年版),美国O瑞·科塞著《毒品、社会与人的行为》(中国人民大学出版社2001年版),美国文森特·帕里罗、约翰·史汀森著《当代社会问题》(华夏出版社2002年版),法国普吉兰著《毒品致富:毒品走私、洗钱与冷战后的金融危机》(社科文献出版社2002年版),Lemrt, Edwin M. 1967. Human Deviance, *Social Problems and Social Control*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall等,其研究领域主要集中在毒品管制与毒品滥用原因两个方面。

（一）毒品管制模式研究综述

1.供应管制模式❶

美国曾是供应管制这一模式的主要倡导者。在“二战”后几个主要禁毒公约的制定过程中，美国都尝试着利用自身强大的经济和政治影响力，敦促其他国家限制毒品制贩，从而限制毒品流入美国。然而对毒品来源的围追堵截并没有达到预期效果，反而将美国拖入一场旷日持久、劳民伤财的毒品战争。

哈佛大学肯尼迪政府学院教授 Mark H.Moore 认为，可以从三个方面评估减少毒品供应策略的实效和可行性，即毒品政策本身、有组织犯罪政策、对外政策。❷

首先，从毒品政策制定的角度来看（The Drug-policy Perspective），毒品供应减少措施的目标在于减少供应。具体通过提高毒品价格、降低毒品流向不法市场的可能性。但是，许多批评者指出，毒品的需求稳定而缺乏弹性（inelastic），所以试图通过减少供应的措施来实现毒品的控制注定失败。还有学者从减少供应可能带来的负面效应展开批评，认为毒品供应控制策略可能改变现有的毒品获取方式，使毒品使用者陷入一种更为危险和恶劣的毒品获取环境。比如，混合有害杂质的毒品、难以琢磨的毒品剂量，这些都严重威胁吸毒者的生命和安全。此外，毒品供应的控制也可能促使吸毒者进入非法的毒品黑市，铤而走险从事犯罪行为以获取高额的毒资。面对这些批评，有学者针锋相对地进行了反驳。Nicholson 认为，毒品需求并非缺乏弹性，而是依据价格的波动而增加或者减少。至少，声称毒品需求不受价格等供应控制措施影响只是一种假设，缺乏经验的支撑。包括汽油、酒精、烟草在内，几乎所有的商品都会受到价格的影响。因此，批评者认为毒品价格缺乏弹性的观点并不具有科学性或可验证性。❸实际上，毒品价格的提高对于毒品供应的减少产生了明显的效果，也进而对毒品的需求产生了一定

---

❶ 美国的毒品管制策略在全世界具有典型性与代表性，在此，仅以美国为例，阐述毒品管制模式。

❷ 参见高巍、刘刚：《美国禁毒政策初探》，http://www.lawdoor.ynu.edu.cn/ShowArticle.asp?ArticleID=293。

❸ Nicholson, Walter. *Microeconomic Theory*, Dryden Press, 1985, pp.184-187.

的抑制作用。但是,毒品供应减少政策也带来了一定的负面效应,这是显而易见的。特别是毒品供应减少措施的重要方法——犯罪化手段,更是遭到种种质疑。如有英国学者指出:"毒品犯罪引发了一系列的关于扩大的警察权力与机构、警察道德的怀疑(因为使用诱惑侦查和其他监视方法)、刑法国际化等的争论。毒品罪犯在整个监狱系统中所占的比例也非常高。"[1]而且,社会采取其他方法也有可能取得相同的效果,却可以支付更小的成本。所以,以强制性的严厉刑事或行政措施为基础的减少供应策略有待于进一步的完善或限制。

其次,有组织犯罪政策(Organized Crime Policy)。有组织犯罪政策与毒品政策二者间存在内在的联系。一般情况下,毒品的有组织犯罪行为集中于毒品制造、加工、贩卖等环节。贩毒集团通过制造、贩卖使毒品流入毒品的非法交易市场,影响毒品供应控制政策的实效。此外,贩毒集团还腐蚀、拉拢禁毒官员,削弱禁毒机构的执行力和控制力。而且,贩毒集团通过藐视、违反法律积聚大量的财富影响社会经济的稳定,破坏社会秩序。正是基于贩毒集团的特性,有组织犯罪政策定位于削弱、摧毁贩毒组织,将参与者绳之以法,并由此减少、降低贩毒集团等犯罪组织的负面影响。在这一点上,摧毁贩毒集团的同时,毒品的供应也得到一定的抑制,二者相辅相成。但是,毒品政策与有组织犯罪政策的核心诉求并不尽相同,甚至存在矛盾。一般认为,消除有组织的贩毒集团最有效的方法为毒品的合法化。然而,毒品合法化却可能导致毒品供应的增加,这是禁毒政策所不希望看到的。此为有组织犯罪政策与毒品政策矛盾之一。打击贩毒集团的措施通常对于势力较小、缺乏反抗能力的贩毒组织更为有效。这样,继续存留的贩毒集团往往更加具有危险性、对抗法律的能力也更强、规模也更大、腐蚀禁毒机构的可能性也大大增加。那么,更容易形成毒品制造、贩卖的跨国寡头,对社会构成巨大的危险。而面对这样的贩毒组织,那些富有成效的执法机构往往可能变得庞大和严厉。这又对个人权利和司法公平构成威胁。此为有组织犯罪政策与毒品政策矛盾之二。因此,毒品政策的有效性有待于协调与有组织犯罪政策之间的关系,使二者处于一种良性的平衡状态。

---

[1] Peter Alldridge., *Relocating Criminal Law*, Ashgating Publishing Ltd., 2000, p.199.

最后,对外政策角度(The Foreign-Policy Perspective)。美国对外政策的立足点在于实现国内的安全。但是,一些国家虽然与美国友好,但是官僚群体在其本国的毒品生产、走私方面存在着巨大的利益,纵容或漠视毒品的生产和走私,而美国又是世界上最大的毒品消费国。这就不可避免地对美国的毒品供应控制政策造成了负面的影响。而要维持国际或地区的稳定,防止这些在政治上对于美国并不构成威胁的国家或政权因为美国的毒品政策干预而反目成仇,有必要在毒品供应的政策上予以让步。因此毒品政策与对外政策间也必须协调和折中,片面地强调毒品政策或对外政策均不是明智之举。

建立在宏观协调毒品供应政策与有组织犯罪政策及对外政策三者关系基础上的毒品供应减少路径,作为一种重要的禁毒措施,具体通过打击毒品走私、摧毁贩毒集团、减少毒品流入非法市场的数量以发挥作用。在理论上,通常把这种措施形象地表述为"堵源"。但是,美国理论界对于"源"的界定并不统一,这也影响到毒品供应政策的具体建构和实施。Mark H. Moore 指出,所谓的"源"(the source),究竟是指生长的毒品原植物呢?还是那些组织生产、贩卖、加工的贩毒者?抑或是全球范围下毒品文化和生活方式所产生或催生的毒品吸食者呢?正是吸食者的大量存在才产生了毒品的生产、贩卖等行为的原动力。此外,从逻辑上,"堵源"这种表述也并不完整。如在他国政府的干预下,往往无法禁绝毒品的源头。[1] 与"堵源"内在相通的两种具体的传统措施为:边界控制(stop drugs at the border)、摧毁主要贩毒集团。但是,从美国的禁毒实践来看,这些围绕"堵源"的传统禁毒措施效果并不理想。其一,美国数千公里的边界线无法面面俱到地实现边界对于毒品流入的封堵。其二,摧毁主要贩毒集团的策略更多只是一种理论假设。不仅贩毒集团高层隐蔽性强、难以发现和指控,而且贩毒组织的替代性也非常强,即使逮捕了贩毒集团的首要分子,也会有其他成员或组织乘虚而入,继续贩毒组织的经营。

在美国政府内部,国防部和司法部坚持强调减少毒品供应的政策。我国有学者将其具体概括为司法惩治模式。该模式倡导以司法惩治为主要手

---

[1] Mark H.Moore, *Drugs and Crime*, The University of Chicago Press, 1990, p.133.

段，严厉打击毒品供应和毒品使用，尤其重视国内毒品供应的控制和国外毒品流入美国渠道的拦截，甚至不惜出动军事力量奔赴国外铲除毒源国的毒品种植和制造设施。尽管国防部侧重于对于国外毒源的军事干预，而司法部则侧重于施加严峻的刑事惩罚，但是，二者在运用强制性力量威慑遏制毒品供应方面不谋而合。[1]但是，毒品供应减少政策存在上述的多方面的问题或缺陷，特别是严刑峻罚所可能导致的个人安定性和基本权利受到侵害，这无疑会影响到美国社会的以个人主义为基础的价值体系。当然，毒品供应减少政策对于禁毒还是产生了积极的作用，只是应该予以进一步的修正和完善。

2.需求管制模式

主要是针对毒品消费市场，不仅包括对毒品滥用者的教育、培训和治疗，还包括对毒品滥用潜在人群的宣传、教育和引导。

美国理论界一般认为，减少需求的禁毒策略循以下两个方面展开：其一，改变潜在吸食者的心理状态；其二，改变潜在吸食者的客观条件。

首先，改变潜在吸食者的心理状态。具体而言，就是要重视预防毒品的使用，特别是降低年轻人使用毒品的比例。另外，对于已经吸食毒品的人员，要对其加强矫正，减少其继续吸食毒品的可能性或心理需求。关键在于毒品教育和吸毒者的矫治。长期以来，在美国社会中存在一种偏见，认为青少年沾染毒品主要是因为对于毒品的无知。但是有学者指出，这种观点是不正确的。因为，部分青少年在成长期的叛逆心理促使其背弃成人社会所强加的道德和价值标准，特别是那些缺乏自信、学校教育失败、好奇心较强的青少年往往容易选择吸食毒品来显示对于社会和家庭的背离。而少量接触毒品又通常是严重依赖毒品的前奏，兼之烟草、酒精的滥用也促进了毒品的进一步使用并最终形成依赖。那么，对于青少年的心理干预一般从减少烟草、酒精使用开始，同时针对青少年青春期压力的消解对症下药，开展抵制毒品的活动。虽然，迄今为止美国尚缺乏科学的研究结论证明这些心理干预措施对于减少毒品使用的有效性，但是部分研究表明效果是存在的。

除了预防性的教育措施外，对于现实的毒品使用者更为有效的措施是

[1] 张勇安：《美国毒品管制战略的调整及启示》，《中国药物滥用防治杂志》2004 年第 3 期。

矫正,如短期的药物治疗、低依赖性毒品的替代方法、社区协作的矫正模式等。如果毒品吸食者能够坚持参与这些项目或矫正措施,明显能够减少毒品使用。但是,长效的矫正措施仍然比较困难。因为,上瘾是一种脑部的疾病,不同的毒品对于大脑的作用机制并不相同,自然对于不同毒品的上瘾无法使用简单的同种药物予以矫正。

其次,改变潜在吸食者的客观条件。简而言之,改变吸食者的客观条件就是加大吸食者获取毒品的难度,如通过严格的管制措施提高毒品的交易价格。James Q.Wilson 引用种族歧视进行类比。在法律规定种族歧视为非法行为后,歧视者的心理状态和态度可能并未改变,但是其歧视行为会大大减少。因为,歧视行为将会带来严重的代价,付出高额的成本。同样,如果吸食者虽然在心理状态上渴望吸食毒品,但高额的价格可能使其无法获取毒品而减少了毒品的使用。此外,通过严格的毒品检测也可能使吸食者放弃毒品的使用。因为,毒品吸食被社会赋予了负面的道德评价,可能影响到公众形象和就业等对于吸食者至关重要的方面。[1]

3.综合管制模式

自 21 世纪以来,美国的禁毒策略发生了转向,开始同时关注供应管制和需求管制。诸多学者认为:毒品的管制不单纯是一个经济学问题,也牵涉社会生活的方方面面,且管制政策本身也可能使毒品问题更趋复杂。如严格毒品供应打击政策下导致的毒品价格攀高可能诱发大量的财产犯罪。有学者在对迈阿密州的部分毒品依赖者所做的调查显示:在研究报告中出现的 573 个被调查者在被调查前一年共实施 215,000 起犯罪行为,包括大约 6,000 起抢劫和攻击、6,700 起入室行窃、900 起车辆盗窃、25,000 起商店盗窃、17 起纵火、240 起敲诈罪、800 起贷款诈骗、超过 46,000 起其他诈骗或盗窃罪。因为毒品价格的高昂很大程度上与毒品管制政策的严厉性相关,而高昂价格则导致一般的毒品使用者无法通过正常收入维持购买毒品的花费,这样就陷入了诱发犯罪的悖论。此外,毒品交易的巨大利润也促生了大量的贩毒组织和暴力团伙,这对于城市的安全、社会的福利、大众的健康等

[1] 参见高巍、刘刚:《美国禁毒政策初探》,http://www.lawdoor.ynu.edu.cn/ShowArticle.asp?ArticleID=293。

方面也构成了威胁。鉴于传统禁毒政策无法有效地解决毒品问题,并可能诱发更为严峻的社会动荡,很多学者在修正传统理论的基础上,提出了一些新的禁毒措施。

一是积极的法律措施。所谓积极的法律措施,就是要建立明确而有效的禁毒法律体系和法律实施机构。具体而言,更多的司法资源应该倾向于毒品的控制,尤其是禁毒警察的规模、权力需要加强。这样可以使大量的毒品犯罪行为能够得到有效的打击和遏制。克林顿政府在20世纪末提出的《21世纪执法和公共安全条例》法案就体现了积极的法律措施在禁毒中的重要地位,该法案从四个方面对毒品犯罪的遏制规定了详细的措施。其一,实施"零忍受"的毒品管制政策。法案肯定了设立毒品法院的计划,而且拨出专款帮助各州系统地检测、矫正、处罚毒品相关的罪犯,还对监狱中关押的严重毒品依赖者的长期戒毒计划增加经费。其二,法案加重了利用未成年贩卖毒品行为的惩罚,还对在学校周围发生的毒品犯罪规定了更严厉的惩罚。其三,帮助各州打击毒品犯罪。其四,打击毒品犯罪的下游犯罪——洗钱罪,以切断毒品犯罪集团的资金链。此外,积极的法律措施还要求加强美国禁毒专门机构的权威和资源,使其在禁毒中发挥更大的作用。而且,巡逻方式也应该予以普遍适用,有助于查获更多的毒品犯罪。

二是突出重点的禁毒策略。因为毒品犯罪中,大型贩毒集团往往支配和影响整个地区的毒品非法市场,在贩毒网络中处于关键和核心的作用,如黑手党、哥伦比亚卡特尔、三合会等。这些组织或集团组织严密,势力范围往往具有国际化的特征。大型贩毒集团通常支配贩毒的所有环节,从制造、运输到贩卖、洗钱等。对于这样的贩毒集团,应该集中力量打击、摧毁,能够有效遏制毒品的蔓延。具体而言,对付大型的贩毒集团,可使用多种有效的侦查方式,如监听、监视、诱惑侦查、控制交付等。重点突出地打击大型贩毒组织能够比大量逮捕小型贩毒组织或贩毒者取得更好的效果,特别是在贩毒网络的阻断方面。

三是控制暴力团。暴力团(Gang)是一种以暴力为主要手段,对于毒品形成本地垄断的组织。暴力团之间为了控制毒品市场往往使用暴力,导致大量的伤害或凶杀事件。此外,为了开拓市场,暴力团也会对无辜平民构成威胁,特别是那些抵制他们毒品交易的平民。对于暴力团的打击可以从两

个方面入手：其一，打击暴力团的成员、骨干及活动场所，削减暴力团活动的空间和范围。其二，把暴力团作为一种有组织犯罪形式，运用电子监听、线人、秘密调查、特别刑事程序等打击、摧毁暴力团的组织、阴谋和其他犯罪活动。

四是毒品销售终端控制策略。因为毒品必须通过街头的销售才能最终流入吸食者可支配的范围之内，并进而对吸食者的身体造成伤害。加强毒品销售终端的打击，可以阻断现有的比较稳定的销售路径和模式，使销售人员和地点在打击下缺乏稳定性，加大了贩卖者和吸食者找到对方的难度，这样也可以有效地遏制毒品的蔓延。

五是社区合作。城市社区作为最基础的居住或生活单位，往往不希望社区成为街头贩卖毒品者的势力范围或活动场所。那么，通过与社区的合作，警方可以在信息等方面获得更准确的毒品犯罪情报，联合抵制、打击贩毒活动。一些社区的空置区域通常可能为毒品销售者和吸食者长期占据，而警察则疏于巡逻。这样就滋生了贩毒活动进一步扩大、腐蚀社区的可能性。因此，对于社区闲置场所的管制和巡逻及合作，能切断贩毒组织的终端网络和温床。当然，不同的禁毒策略或措施在不同的区域或不同的时期并不能取得相同的效果。像社区人员的组成、宗教信仰、经济状况、受教育程度等因素对于上述禁毒措施都会产生或积极或消极的影响。所以，禁毒措施的实效取得从某种意义上说是一个综合性的结果。[1]

我国的毒品管制也是一个逐步深化的过程，其变化主要体现在禁毒方针上。1991 年，我国的禁毒方针为“三禁并举、堵源截流、严格执法、标本兼治”；1999 年因制造毒品犯罪日趋严峻，我国在原来禁种、禁吸、禁贩的基础上提出了禁制，即“四禁并举、堵源截流、严格执法、标本兼治”。上述的两个方针虽然提出了标本兼治，但其主体思想仍以打击毒品犯罪为主，当属于减少毒品供应管制战略。2004 年我国的禁毒方针为“四禁并举、预防为本、严格执法、综合治理”，很鲜明地提出了预防为本，表明我国意识到减少毒品需求战略的重要性。2008 年《禁毒法》提出当前的禁毒方针为“预防为

---

[1] 参见高巍、刘刚：《美国禁毒政策初探》，http://www.lawdoor.ynu.edu.cn/ShowArticle.asp?ArticleID=293。

主、综合治理、禁种、禁制、禁贩、禁吸并举"。根据本款的规定,禁毒工作必须坚持预防为主,综合治理,禁种、禁制、禁贩、禁吸并举的方针。禁毒法的这一规定,既是对我国禁毒工作实践经验的总结,也是借鉴国际上的有益做法。禁毒工作之所以要坚持预防为主,综合治理,是因为毒品危害特性之一就是能够使人形成瘾癖,使人产生生理和心理的强烈依赖。毒品易沾难戒,一旦沾染上毒瘾,目前还没有有效的方法完全戒除。长期以来,我国政府一直将戒毒工作作为禁毒工作的一项重要内容,投入了大量的人力、物力,但事实证明收效甚微,吸毒人员戒毒治疗以后复吸率居高不下。针对这种情况,除了继续加大对戒毒工作的投入,积极探索新的戒毒方式方法,努力巩固戒毒成果,继续严厉打击毒品制造、贩卖等犯罪活动外,必须转变观念,将预防工作放在禁毒工作重中之重的位置。其中,继续遏制毒品的种植和走私入境,抓好堵源截流工作,并采取有效措施减少吸毒人员,防止新增吸毒人员,萎缩毒品市场,都是十分重要的环节。坚持预防为主,是禁毒工作的治本之策。做好毒品预防工作,就能够变被动为主动,大大减轻其他环节的压力。可以说,禁毒法提出的禁毒方针是全球禁毒平衡战略即毒品供应管制与需求管制的综合管制模式的创造性的运用。

(二)毒品滥用研究综述

在西方禁吸戒毒理论文献方面,研究较多的毒品滥用原因的分析,由滥用的原因分析引出预防和规劝对策。总体来说,吸毒的原因分析是禁毒理论研究的重要组成部分之一,其对吸毒现象的认识、发现吸毒问题的规律并预测其发展的趋势、完善吸毒预防及康复对策都具有重要意义。自从吸毒作为社会问题引起人们普遍关注以来,专家和学者们就从各种可能的视角提出了众多不同的解释,归纳起来主要有三大主要视角。

1.吸毒的生物医学解释

人为什么要吸毒?吸毒为什么会上瘾?上了瘾为什么就难断?断了为什么很快又复吸?……关于这些问题,现代生物医学的一些研究结果表明,在与人的中脑、视床下部、大脑边缘系、大脑新皮层连贯的 A10 神经,可分泌出二羟苯基丙氨酸,它能使人产生快感和幻觉。另外人脑中还有一种叫内腓肽的物质,在对人体起镇静作用的同时,还有助于分泌出二羟苯基丙氨酸。在正常的情况下,人体有恒量的二羟苯基丙氨酸来调节各系统的功能。

但当个体摄入毒品后，毒品在短期内能复制出二羟苯基丙氨酸，从而使体内正常分泌的二羟苯基丙氨酸受负反馈抑制而减少。一旦骤停毒品的摄入，则造成体内二羟苯基丙氨酸的缺乏，因此会出现系统调节的紊乱，并进一步影响许多下级神经系统的功能，导致更多神经递质的功能失调，这在临床上表现为各种吸毒的戒断症状。实际生活中，众多的吸毒者由于不堪忍受戒断症状的痛苦，而重新走上了复吸之路。

另外，最近比较流行的一种补偿理论认为，吸毒者神经系统缺乏某种化学物质，这些化学物质在人体中具有控制情绪的作用。例如可卡因吸食者体内经常缺乏多巴胺。多巴胺是人体自然产生的，它能活跃交感神经。如果人体缺少它，将导致帕金森症。当吸毒者使用可卡因时，会使多巴胺集中于脑部。当可卡因的作用逐渐消失时，多巴胺将大量缺乏，从而使吸毒者产生吸食可卡因的欲望，这也是为什么吸毒者一天中必须持续使用可卡因的原因。

关于毒品的成瘾性原因，另外还有“阿片受体说”、“乙酰胆碱说”、“去甲肾上腺素”等解释理论，以上的这些解释的意义在于改变我们传统的对吸毒者的种种误解，认为吸毒人之所以吸毒和戒除不了毒瘾主要是因为个人意志不坚强，没有抵挡住毒品的诱惑，却忽视了吸毒成瘾人在生理上已经是一个慢性复发性脑疾患的病人。当然生理学的解释过分强调毒品特性对吸毒者生理的驱动作用，认定吸毒的原因是由于先天的人体病变的结果，而忽视了人的心理因素和文化、群体期望等社会因素所产生的影响，这也是不可取的。但关于毒品的成瘾性机制的解释众说纷纭也说明了一点：由于大部分毒品对人体刺激的主要部位是大脑，而大脑是人体中最为复杂的器官之一，就目前科学发展的水平而言，尚不具备对大脑以及其他重要器官达到彻底认识的条件，故对毒品作用于人体的生理机制还存在很多值得做进一步深入研究和探讨的地方。近来我国一些省市的大医院竞相对戒毒人员实行大脑毁损的“微创立体定位手术”治疗，这种现象令人颇为担忧，在毒品成瘾的神经机制并不清楚的客观现实条件下，盲目地进行不可逆的损毁治疗，难免会出现各种难以预料的后果。

2.吸毒的心理学解释

吸毒作为一种偏离和违反社会规范的行为，在它产生之初，吸毒者必定

经历了一个心理准备和矛盾斗争的过程。面对同样的外部客观环境给人造成的诱惑和心理或精神压力，为什么有的人不吸毒，而另一部分人却要从毒品中寻求解脱？一种“人格个性缺陷理论”认为，吸毒者与非吸毒者在人格个性上存在着明显的差异，正是这些差异才使他们作出了迥然不同的选择。有关的研究表明，多数吸毒成瘾者在涉毒之前就具有一定的人格个性缺陷，如孤僻、责任心不强、心理承受力弱、自我调控能力差等。由于存在这些缺陷，这些人往往又容易在情感、事业上遭受挫折和失败。为了寻求解脱，他们往往会借助吸食和滥用毒品来逃离现实、躲避困难和寻求快乐。

在目前有关吸毒成瘾的心理机制研究中，另一种较被人们所接受的理论是“行为强化学说”。该理论认为个体在吸毒成瘾或染毒—成瘾—戒毒—复吸的过程中，始终存在着积极强化和消极强化两种机制的作用。所谓积极强化是指吸毒所带来的“欣快感”和强烈的情绪体验驱使吸毒人不断去觅毒吸毒；而消极强化则指为减轻或消除戒断症状所带来的痛苦迫使吸毒人重复去吸毒。针对不同的吸毒人以及不同时期，这两种强化机制所起的作用是不尽相同的，比如初次吸毒，积极强化占据优势，而戒断后又复吸的，则消极强化通常起主要作用。早在 20 世纪 60 年代，“行为强化学说”就通过一系列在猴子和老鼠身上所进行的“心理渴求”实验而得到了证实，并且越来越多的人持这种观点，认为强化作用是吸毒成瘾背后的真正的驱动力量。

3.吸毒的社会学解释

与生物医学、心理学在解释吸毒的原因时主要强调微观层面的因素不同，社会学的解释则将注意力更多地集中在宏观的层面上，认为影响人们使用和滥用毒品的决定性因素并不在于个体自身，而是个体所处的外界环境、社会关系和社会结构。对吸毒的原因进行解释的社会学理论很多，其中影响较大的主要有以下几种。

（1）亚文化理论

第一个系统地运用亚文化理论来解释吸毒问题的学者是美国的贝克教授，他对一个人如何成为大麻使用者的过程进行了深入细致的研究。根据他的观点，吸食大麻需要三个前提：首先，吸食者必须学会如何使用大麻并从中获得快乐，即学会吸食大麻的正确技巧和方法；其次，由于大麻产生的

效应是隐含、模糊不清的，吸食者必须学会如何去体验、去感受，也就是说，吸食者必须知道身心出现了反应，而且明白这些反应是吸食大麻所带来的；最后，吸食者必须学会将大麻带来的感受体验为快乐，因为大麻等毒品所带来的感受并不是一种天生的快乐，如果事先不告知所吸食的是大麻，人们往往会将吸食大麻后的感受报告为难受、不适、发晕，甚至是说不清等。因此，毒品所带来的感受需要借助亚文化群体成员的定义、解释而成为快感。总之，以上这三个前提一般只有通过个体与其他吸毒者的交往和参与吸毒行为才能实现。

贝克进一步指出，要成为一个吸食大麻者，学会吸食的技术和体验到吸食的快感只是必要条件而非充分条件。由于吸食大麻总体而言是属于违背主流社会准则的越轨行为，因此个体要成为吸毒者还必须学会如何去应对社会的惩罚和歧视，而违抗社会准则、赞赏和推崇吸毒行为的亚文化及其群体，则正好为吸毒者脱离社会控制提供了强有力的情感支持，并且亚文化群体还能为吸毒者解决毒品的来源和供应问题。没有可靠的毒品供应，吸毒行为根本无法继续下去。总之，贝克认为，个体卷入大麻类亚文化群体是其吸食大麻的关键原因。贝克的研究并不仅仅适用于吸食大麻者，我国对鸦片、吗啡、海洛因等阿片类成瘾者的一些调查同样验证了他的观点。很多海洛因成瘾者报告说，他们是在毒友的极力推荐下抽上第一口的。没有毒友的开导和鼓励，初尝毒品的那种恶心、想吐、头晕、全身乏力、视物不清的感受，足以让很多人失望或望而却步。至于摄入毒品的五种方式，除与香烟同吸、吞服较为简单外，"追龙"（即烫吸）、"扎针"（即血管注射）、黏膜摩擦吸食对于新手来说手续都较为复杂。正如一位吸毒者所说：刚开始"扎针"时，拿注射器的手一直在颤抖，扎了很多次都没有成功，最后是在毒友的帮助下才完成注射的。至于一些兴奋类毒品，如冰毒、摇头丸等，它们的使用常局限于歌舞厅、卡拉 OK 厅等特定的环境和场所，并经常是在同类人群中交叉感染的。如果缺少这样一个教新手怎样吸食毒品、为新手供应毒品以及提供角色榜样的吸毒亚文化群体，个人因素或个性特征对吸毒现象的任何解释都是毫无用处的。因此从每一个吸毒成瘾者的成长历程来看，在其背后都可以找到一个或大或小、模糊或清晰的吸毒亚文化群体。这些亚文化群体不仅为围绕毒品而形成的生活方式赋予意义和地位，为在一定程度

上为被社会排斥、歧视的吸毒者提供必要的心理和文化支持，也对吸毒者脱离群体和进行戒毒形成精神压力和严重障碍。

（2）社会学习和差异性联合理论

社会学习理论的创始人为美国的社会学家萨瑟兰，他认为包括吸毒在内的所有越轨行为如同守法一样都是社会习得的。尽管一个人的社会化是通过不同的群体来完成的，但是个人只接受那些对他（她）影响最大的人或群体的规范。如果在与个人关系最密切的群体中，有人是吸毒者，尤其当吸毒者是个体的重要他人时，则极有可能导致个体认同吸毒者的价值观念和处世态度，学习并模仿其吸毒行为，最后走上吸毒的道路。由此可见，与个体交往最密切的群体，如家庭、伙伴和好友，对其吸毒行为的产生具有非常大的影响。

后来社会学家艾克借鉴了心理学的行为强化学说，对社会学习理论进行了充实和发展。他指出人们对社会行为的学习受行为结果的影响，某一行为可能因获得奖赏或免除处罚而得到强化，但也有可能因受到惩罚或失去奖赏而弱化。个体通过与他人（尤其是重要他人）在交往过程的相互影响来学会判断自己行为的结果。通过他人的态度，行为人确定自己的行为是可取的还是不可取的。如果他接触的人，尤其是重要他人对吸毒持坚决反对和抵制的态度，他可能不会去吸毒；反之，如果对吸毒是认可的或对吸毒的态度比较暧昧，这个人便极有可能形成吸毒的意向或更加巩固和强化其吸毒行为。国内外大量的调查结果验证了这一结论：个人所属的群体以及重要他人对个体吸毒行为的选择与否往往起着至关重要的作用。这一结论也启示我们，在吸毒等违法犯罪行为的矫治和预防工作中，应该高度重视家庭、同伴、好友等群体的积极作用。

（3）社会控制理论

与上述理论不同，社会控制理论认为，社会中每个人都有沾染毒品的可能，但为什么大多数人都能抵挡住诱惑、洁身自爱呢？这是因为在一般社会里，作为一种不符合社会准则的越轨行为，吸毒可能会给个体与家庭、朋友、邻居、学校、工作单位等社会群体或组织之间的正常关系造成不可弥补的损害，危及自己在社会中的声誉和地位，因此一般的人都不会冒险去参与吸毒而疏远和失去意义重大的社会关系、职业和地位。由此可见，个体与各种社

会群体或组织之间的正常关系,作为一种社会制约因素对个体是否选择吸毒行为起着约束作用,这种关系越紧密,则约束力越强大,个体吸毒的可能性就会越小;反之就会越大。个体选择去吸毒主要是因为他们缺乏与家庭、朋友、学校、工作单位等群体或组织的正常关系,或者这种关系过于松散,以至于失去了对个体应有的监督和制约作用。另外,应该指出的是,虽然社会控制因素不能确保每一个人不去吸毒,但强大的社会控制因素却能使个人吸毒的可能性降到最低限度,并使吸毒成瘾成为不可能。

社会控制理论强调了家庭、朋友、学校等群体或组织在个人第一次是否尝试毒品中的决定性作用,但实际生活中随着个人持续地使用毒品,其自身对毒品的体验在决定其行为方面将变得越来越重要。对于那些吸毒严重成瘾者,毒品和毒品的作用已经主宰了他(她),家庭、朋友、学校的制约和社会的惩罚就在持续的毒品的使用过程中降到了次要的地位。在另一方面,这也表明社会学的分析最终只有与生理学、心理学的分析走到一起时,才更具有解释力。

正是基于以上的原因分析,在吸毒的预防上专家学者和实践工作者们提出了很多的设想和方法,如"毒品教育方案"、"学生援助方案"、"同辈群体方案"、"父母方案"、"吸毒者互诫协会"、"康复治疗社区"、"美沙酮维持计划"和医学临床的手术戒毒等。但这些设想和方法所取得的实际效果不一,有的还有待时间的进一步检验,社会公众对它们的评价也分歧较大。另外,现在研究的多元化发展趋势,将会使学者们对于吸毒这样复杂的社会现象的原因分析,越来越倾向于综合借鉴各个学科和理论流派的有益观点,并将它们有机结合起来,而不是像过去那样将自己的视野仅仅限制在单一的理论框架中,因为只有这样才能深入地探讨吸毒问题,从而更好地为预防和矫治吸毒行为的工作服务。

二、国内的研究

(一)毒品研究方面论著

专著类:首先是阐述毒品犯罪方面的,其内容多为对毒品犯罪概念的界定,及各类毒品犯罪构成特征的认定等。主要有桑红华著《毒品犯罪》(警官教育出版社 1992 年版),欧阳涛、陈泽宪主编《毒品犯罪及对策》(群众出

版社 1992 年版)，赵秉志主编《现代世界毒品犯罪及其惩治》(中国人民公安大学出版社 1997 年版)，蒋筑君著《新刑法与毒品犯罪》(西苑出版社 1998 年版)，赵长青、苏智良主编《禁毒全书》(中国民主法制出版社 1998 年版)，邱创教主编《毒品犯罪惩治与防范全书》(中国法制出版社 1998 年版)，赵秉志、于志刚著《毒品犯罪》(中国人民公安大学出版社 1998、2003 年版)，崔敏主编《毒品犯罪发展趋势与遏制对策》(警官教育出版社 1999 年版)，张辛陶主编《毒品犯罪的认定与案例分析》(人民法院出版社 2000 年版)，周欣、王若阳主编《毒品犯罪案件证据实务》(广东人民出版社 2003 年版)。

其次是有关禁毒专业教材编撰的，其内容涉及领域全面、广泛，大多涵括毒品预防、禁毒法规、毒品犯罪案件侦查等内容。主要有莫关耀主编《毒品犯罪案件侦查教程》(中国人民公安大学 2000 年版)，郭建安主编《吸毒违法行为的预防与矫治》(法律出版社 2000 年版)，肇恒伟、关纯兴主编《禁毒学教程》(东北大学出版社 2003 年版)，魏东、赵勇著《诱惑侦查中的若干问题》(中国人民公安大学出版社 2004 年版)，于燕京、张义荣等主编《禁毒学》(群众出版社 2005 年版)，杨凤瑞等主编《中国禁毒志愿者手册》(言实出版社 2006 年版)，梁晋云编著《毒品违法、犯罪案件认定处罚、立案标准及法律依据与相关规定》等。

论文类(包括硕士博士研究生论文)：主要有云南高级人民法院编《惩治毒品犯罪理论与实践》(中国政法大学出版社 1993 年版，论文集)，罗秉森、梁晋云主编《云南禁毒研究论文集》(群众出版社 1999 年版)，吉林大学陈谞博士论文《吸毒预防论》(2004 年)，安徽大学周建红硕士论文《吸毒预防论》(2005 年)等，以及在《中国药物依赖性杂志》、《云南警官学院学报》、《青少年犯罪问题研究》等刊物和学报上发表的各类与毒品犯罪的有关文章。

(二)新型毒品研究方面的论著

著作类：何颂跃编著《冰毒危害与毒品犯罪法律惩罚》(人民法院出版社 1999 年版)，杨凤瑞主编《新型毒品防范手册》(法律出版社 2005 年版)及联合国禁毒署每年公布的《世界禁毒报告》等。

论文类：主要有彭勇、黄强、邓立军《成都市新型毒品违法犯罪现状及

遏制对策思考》(《四川警官高等专科学校学报》2003 年第 5 期),蒋庆明《新型毒品问题形势分析与对策探讨》(《公安学刊》2004 年第 3 期),罗毅《新型毒品犯罪浅探》(《西南民族大学学报》2004 年第 9 期),任克勤、艾明、邹晓越《广东冰毒等精神类毒品犯罪的犯罪场域分析》(《福建公安高等专科学校学报》2005 年第 2 期),朱晓莉《福建省苯丙胺类毒品犯罪的特点及侦控对策》(《福建公安高等专科学校学报》2005 年第 6 期),傅是杰等《福建省新型毒品违法犯罪现状及打击对策》(《福建公安高等专科学校学报》2005 年第 6 期),阮惠风《云南新型毒品违法犯罪形势与对策研究》(《云南警官学院学报》2007 年第 1 期)等。

(三)国内禁吸戒毒研究相关理论成果

由于国情的不同和历史文化的差异,西方国家对毒品的界定比我国宽泛得多,各个国家流行的毒品种类、滥用以及危害程度也明显不一样。另外,吸毒的预防与社会、文化、行为方式、生活方式甚至与思维方式均密切相关,国外行之有效的预防方式在我国就不一定行得通。如为预防和控制艾滋病的传播,世界卫生组织在泰国等国推行"娱乐场所 100%使用安全套活动",实践证明非常有效,但在我国,由于传统思想观念在短期内无法扭转过来,在推行这一活动时却遭到了社会公众的冷遇和极大阻力。因此西方学者的研究成果及预防对策不一定适合我国的实际,我国根据自己的国情独立地进行吸毒预防方面的研究非常迫切,也非常必要。近些年来,由于毒品和吸毒问题日益突出,我国从事毒品或吸毒研究的人和论著也逐渐增多,涉及医学、生物学、遗传学、心理学、社会学、法学、历史学等诸多领域。归纳起来,主要的关注点集中在以下几个方面:

1.各类群体及地域吸毒现象的研究,如关于青少年吸毒、女性吸毒现象的调查等。这些研究以个案为主,广泛采用社会学方法,在定量分析的基础上结合定性分析来阐述不同地域、不同人群吸毒现象的发生原因、发展趋势,并有针对性地提出预治对策,但其结论大多不具有可推广性。这类研究目前在国内较多。

2.毒品及禁毒史研究,如苏智良的《中国毒品史》、王景文的《中华禁毒史略》、马模贞的《中华百年禁毒历程》等。这类论著通过回顾我国毒品由滥—治—死灰复燃—重新治理的艰难历史,从中总结吸毒治理的经验和

教训。

3.吸毒成瘾的流行病学研究,如杨良主编的《海洛因成瘾的临床诊断及治疗》、魏玉芝主编的《毒品学》,以及《中国药物依赖性杂志》上刊登的大量论文。这类研究更多地是关注吸毒的流行病学特征、强迫性觅药用药的生物化学原因、戒断综合症的临床反应,从而探索治疗和康复吸毒者的药物及技术。这种研究视角对吸毒者的定性——"吸毒成瘾人在生理上已经是一个慢性复发的脑疾患病人",在很大程度上改变了其他领域研究的传统观点。

4.禁毒的法学研究,如最近完成的国家社会科学基金项目《西部地区毒品犯罪对全国禁毒工作的影响研究》、崔敏主编的《毒品犯罪发展趋势与遏制对策》、郭翔等主编的《中国当前的毒品问题与治理对策》、苏智良和赵长青主编的《禁毒全书》、赵秉志主编的《毒品犯罪研究》、蔺剑著的《毒品犯罪的定罪与量刑》等。此类研究阐述了当前我国毒品犯罪的特征、现状、发展趋势和危害,以及我国对毒品犯罪的遏制对策与存在的不足,也相应地提出了一些吸毒的预防措施。

5.戒毒康复体制研究,如张军的《对我国戒毒工作的思考》、郭莉和曹颖丽的《浅谈强制戒毒的几个问题》、谈明宗和赖慧文的《当前我国强制戒毒工作中存在的问题及对策》、云南省公安厅禁毒局综合处的《云南省禁吸戒毒工作新途径——浅谈对吸毒人员收戒方式由"外循环"向"内循环"转变的重要性和可行性》等。这类研究主要分析了当前我国戒毒体制中所存在的问题,并提出了完善的构想和建议,从制度层面上探讨了复吸行为的预防对策。

总之,目前国内深入全面研究吸毒预防的论著不多,且描述现象、介绍经验的多,理论创新的少,大多只是借用西方的一些传统理论来进行分析;重原因分析,轻心理和社会干预;定性分析与定量分析有机结合得不够,所得的结论不具有普遍性;有关吸毒预防具体措施的研究也比较分散,远没有形成系统化。至于一些地区目前所尝试的戒毒康复模式,如云南戴托普的治疗社区、小凉山彝区的"虎日"模式等,尽管已经取得一定成效,但由于资金、地理条件和文化习俗等条件的限制,无法向其他地区做进一步推广;有的才刚刚起步,如上海司法社工对禁吸戒毒吸毒工作的介入,其制度体系和

方法尚未成熟,对其成效目前还无法作出深入评价。吸毒作为一种非常复杂的社会现象,其发生的原因不可能是单一的,而往往是毒品的药力、外部的环境条件和个体内部的主观因素等多种力量交互作用的结果,并且这些力量作用的大小以及强度在每个人身上分布又是很不均匀,所有的这些都使得吸毒预防是一个涉及面广的社会系统性工作。

三、已有研究成果的主要贡献

上述诸多科研成果的研究范式和主要贡献,褚宸舸在《当代中国毒品犯罪研究学术史和方法论述评——兼论毒品犯罪的知识社会学研究视角》中,做了较为全面的概括[1]:

首先从"法律规范研究范式"来看,此类研究成果主要从刑法学角度,探讨毒品犯罪概念的界定、各类毒品犯罪的构成以及毒品犯罪与其他相关犯罪的关系。主要著作有赵秉志、于志刚著《毒品犯罪》(中国人民公安大学出版社 1998、2003 年版),张辛陶主编《毒品犯罪的认定与案例分析》(人民法院出版社 2000 年版),杨鸿著《毒品犯罪研究》(广东人民出版社 2002 年版)等,祝铭山主编《走私、贩卖、运输、制造毒品罪》(中国法制出版社 2004 年版),陈忠林主编《刑事案例诉辩审评:贩卖制造毒品罪》(中国检察出版社 2005 年版)等。

其二是"毒品问题研究范式"。在我国经济、社会等各方面的迅猛发展的同时,由于各方面的原因,毒品违法犯罪及相关问题也日趋严重,因此,如何通过一系列手段与措施控制毒品及解决毒品问题,就显得尤为必要。为此,诸多学者站在犯罪学角度,以研究"动态的法"或"毒品问题"为主,目前其研究热点主要集中在三个方面:

1.吸毒矫治及戒毒问题研究。主要成果有姜佐宁主编《毒品的危害与防治》(中国社会科学出版社 1998 年版),魏玉芝主编《毒品学》(群众出版社 1999 年版),杨凤瑞主编《2003 年中国禁毒报告》(社会科学文献出版社 2004 年版),杨凤瑞主编《2004 年禁毒论坛——戒毒康复的理论与实践》

---

[1] 褚宸舸:《当代中国毒品犯罪研究学术史和方法论述评——兼论毒品犯罪的知识社会学研究视角》,《青少年犯罪问题》2006 年第 1 期。

(中国民主法制出版社 2004 年版)等。

2.毒品犯罪案件侦查问题,特别是关于诱惑侦查的争论。主要著作有周欣、王若阳主编《毒品犯罪案件证据实务》(广东人民出版社 2003 年版),莫关耀主编《毒品犯罪案件侦查教程》(中国人民公安大学 2000 年版),魏东、赵勇著《诱惑侦查中的若干问题》(中国人民公安大学出版社 2004 年版)等。此外,美国司法部缉毒署编《毒品案件侦查》(中国人民公安大学出版社 1989 年版)多次重印,是毒品问题领域内影响较大的国外著作。

3.某一地区或省份毒品犯罪的综合研究(实证研究和地方立法研究)。代表著作有林辉等著《为了这片净土:福建禁毒斗争的历史、现状和对策》(群众出版社 2003 年版),赵翔等著《毒品问题研究:从全球视角看贵州毒品问题》(中国人民公安大学出版社 2005 年版)等。

其三是史学研究范式。从禁毒史角度,以资料梳理、鉴往知今为目的的研究。较早的成果有苏智良著《中国毒品史》(上海人民出版社 1997 年版),马维纲编《禁娼禁毒:建国初期的历史回顾》(警官教育出版社 1997 年版),诸羽主编《割除病瘤:共和国首次禁娼禁毒述实》(中央文献出版社 1999 年版)。马模贞作为长期从事该领域研究的学者,相继编著出版了《毒品在中国》(北京出版社 1993 年版)、《中国百年禁毒历程》(经济科学出版社 1997 年版)和《中国禁毒史资料》(天津人民出版社 1999 年版)。其中《中国禁毒史资料》是迄今为止内容最丰富、详尽的史料汇编,是研究中国毒品问题重要的工具书。

其四是其他学科研究范式。其中,从心理学角度研究的主要有刘白驹著《精神障碍与犯罪》(社科文献出版社 2000 年版),方贻儒主编《迷失的乐园:烟、酒、毒品成瘾行为案例》(上海人民出版社 2003 年版)等。从社会学角度研究的主要有王晗编著《白色恐怖:中国禁毒报告》(中国社会出版社 1998 年版)、陈淑庄著《世界毒品大战》(法律出版社 1998 年版)等。在这方面有重要参考价值的国外相关研究,有美国 O 瑞・科塞著《毒品、社会与人的行为》(中国人民大学出版社 2001 年版),美国文森特・帕里罗、约翰・史汀森著《当代社会问题》(华夏出版社 2002 年版)等。从经济学角度研究的有国内刘增合著《鸦片税收与清末新政》(三联书店 2005 年版)。从医学角度研究的主要有王文甫、陈列编著《吸毒的危害与戒毒》(人民军医

出版社 1996 年版),杨良主编《海洛因的毒性及危害》、《海洛因成瘾的临床诊断及治疗》(中国医药科技出版社 1998 年版),汤宜朗、郭松著《人类的枷锁——成瘾行为》(北京出版社 2000 年版),等等。

概而言之,上述成果从不同的角度与视角研究了毒品或新型毒品问题,不仅厘清了诸多较为模糊的概念,而且对当前公安禁毒实际中积累的经验与存在的问题进行了有益的总结与分析。如联合国禁毒署每年公布的《世界禁毒报告》,都会从宏观上对全世界新型毒品的滥用状况加以对比分析,依据主要是年内各国缴获的新型毒品数量及销售情况、滥用人群的分布空间等要素。崔敏、蔡志基等学者在论述毒品犯罪及毒情形势的同时,也从理论上对新型毒品的滥用原因与发展趋势做了有意的探讨和研究。何颂跃等则从法学、犯罪学的角度对新型毒品类型之一的冰毒的危害与法律惩罚方面进行了有价值的思考……这些研究成果都为毒品与新型毒品问题的进一步研究奠定了较为坚实的基础。

四、已有研究成果的尚待完善之处

由于学术视野的不同,在新型毒品问题研究领域仍存在着诸多有待加强与完善之处:[1]

其一,"法律规范研究范式"有待提高。法律规范研究是毒品犯罪研究的传统领域和方法,毒品犯罪的规范研究往往表面繁荣,实则突破性成果少。一些成果基本沿着罪名解说—犯罪构成—此罪与彼罪的关系的教材模式展开,创新少。从目前的研究成果来看,在毒品犯罪与其他犯罪的联系、各国犯罪构成的微观比较方面尚缺乏标志性成果。

其二,从方法上而言,一些成果重视宏观而忽视微观,重视具体数据事实而忽视理论提升,造成禁毒实践与理论研究相脱节,指导意义不大。同时大多数著作只是对现状→原因→对策的三段论做简单的描述性研究,缺乏较为科学的逻辑论证,重视定性而忽视定量,理论分析多,实证研究少,导致研究内容不全面,尤其是在对新型毒品滥用群体心理特征的研究方面尚有

[1] 参见褚宸舸:《当代中国毒品犯罪研究学术史和方法论述评——兼论毒品犯罪的知识社会学研究视角》,《青少年犯罪问题》2006 年第 1 期。

诸多不足。

其三,对新型毒品滥用诸要素之间内在联系和相关关系的深层次实证研究上,迄今还是一大薄弱环节。

其四,就社会学理论背景而言,诸多的社会学学者都关注犯罪、越轨等热点问题,如互动论者强调越轨等行为是由社会建构出来的现象,亚文化主义则将社会内部矛盾视为犯罪的重要原因,而新犯罪学认为越轨是被有意选择的,控制理论学者赫希则从家庭、学校、投入时间、信念等方面去探讨青少年失足的原因。

由于研究假设、研究地域等诸因素的不同,这些理论是否适合我国实际,以达到本土化的目的,还需要人们设计相关指标加以检验,这就是通常所说的国外研究方法和成果的本土化研究。如苏泽兰德认为,犯罪行为大部分是在初级群体,尤其是同伴群体内部习得的。据此,对于新型毒品滥用中的初级群体,便可以结合我国实际,设计滥用群体的交往方式、地点、关系密切程度以及对非滥用群体的态度等指标进行分析和检验。

第二节　我国和云南省禁吸戒毒法制建设进程研究综述

我国和云南省禁吸戒毒法制建设的逐步完善,是立足于应对毒情和吸毒问题的发展变化和对禁吸戒毒工作科学规律认识的逐步深入渐进深化的。禁吸戒毒工作是一项依法进行的工作,长期以来,禁吸戒毒法制建设一直是一项重要的工作,首先,通过立法的方式确定禁吸戒毒的目的、原则、方式、程序以及救济,对禁吸戒毒工作进行制度化建设,保证禁吸戒毒工作的规范和统一,这是我国依法治国方针在禁吸戒毒工作领域的具体体现,是禁吸戒毒工作的重要依托,也是禁吸戒毒工作的开展依据;其次,云南禁吸戒毒工作的逐步发展过程亦是由相关的法律法规体现和见证的,研究云南禁吸戒毒工作必须立足于法律法规的规定,因此,在研究中有必要对我国及云南省相关禁吸戒毒的法律规定进行回顾整理。由于禁吸戒毒法律法规的演进是在禁毒斗争中逐步完善的,它们之间的递进和发展存在相关性,因此,我们此次回顾必然要往前梳理相关的禁毒立法,但本课题意义上的云南省

禁吸戒毒工作真正开展于20世纪80年代，且研究意义主要在于为今后的禁吸戒毒工作提供依据，需要针对的法律法规具有实际实施的特点，因而起点在1979年《中华人民共和国刑法》及相关立法。

一、我国关于禁吸戒毒的立法

我国对禁吸戒毒工作的立法主要包括两个层面，即全国人民代表大会和常务委员会的立法，以及国务院关于禁吸戒毒工作的立法，即行政性立法。

（一）全国人大及其常委会立法中关于禁吸戒毒的规定

1979年7月1日，第五届全国人民代表大会第二次会议通过并颁布的我国第一部《中华人民共和国刑法》，首次以法典意义的方式规定了制造、贩卖、运输毒品行为是犯罪行为。《刑法》第171条规定：制造、贩卖、运输鸦片、海洛因、吗啡和其他毒品的，处5年以下有期徒刑或者拘役，可以并处罚金；一贯制造、贩卖、运输毒品的，处5年以上有期徒刑，可以并处没收财产。此条文虽然未涉及禁吸戒毒，但是透露了几个至关重要的信息：第一，毒品问题开始显现，成为必须予以打击的范围；第二，当时的毒品泛滥和毒品形势还不十分严重（显示出刑事立法对随后毒品泛滥缺乏预见性）；第三，确定了我国关于吸毒问题的刑事政策走向，即吸毒行为将不被以犯罪的形式加以打击，奠定了我国吸毒非犯罪化的立法思想，虽然在历次《刑法》修订过程中均产生了对此问题引发的争论，但因"吸毒是一种自伤自残的行为，没有侵犯的客体；设立吸毒罪与强制戒毒等行政措施相矛盾；设立吸毒罪不利于社会稳定；设立吸毒罪将会扩大打击面，无助于健全法制"[1]等观点获得支持，至今仍被贯彻沿用，成为我国禁吸戒毒工作定性的里程碑。随着毒品问题在我国逐步升级，对毒品犯罪的打击日趋严厉，1982年，第五届人大常委会第22次会议通过《关于严惩严重破坏经济的罪犯的决定》将毒品犯罪的最高法定刑提高到死刑。根据打击毒品犯罪斗争的深入，在1997年《刑法》修订中，吸纳了《关于禁毒的决定》的精神和内容，进一步完善了对毒品犯罪的打击惩治，首先扩大了打击对象，将涉及冰毒和易制毒化

[1] 崔敏主编：《毒品问题发展趋势与遏制对策》，警官教育出版社1999年版，第321页。

学物质的非法行为等列入打击范围，其次完善了定罪量刑的具体情节，如《刑法》第357条第二款规定："毒品的数量以查证属实的走私、贩卖、运输、制造、非法持有毒品的数量计算，不以纯度折算"；再次，将单位毒品犯罪也列为打击范围。刑事立法对毒品犯罪的法律规范逐步完善，我国禁毒立法体系在法律层面初步建立完成，使禁吸戒毒工作的开展有了良好的法律环境。

而针对禁吸戒毒工作的立法建设主要包括两个方面，即一方面加强对麻醉品和精神药品的管理，另一方面，以治安管理等行政法律对吸毒行为予以处罚。前者主要是1984年颁布实施的《中华人民共和国药品管理法》和以此配套的下级法规，如《中华人民共和国药品管理法》第三十五条规定："国家对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品，实行特殊管理。管理办法由国务院制定"，对麻醉品和精神药品的管理和合法范畴的使用制定法律依据。处罚性质的行政管理规定是以下几部：1986年的《中华人民共和国治安管理处罚条例》，该条例第二十四条规定对吸食鸦片、注射吗啡等毒品的，处十五日以下拘留，二百元以下罚款或警告，这一规定在当时禁吸戒毒工作中曾发挥了重要作用。在1990年12月28日第七届全国人民代表大会常务委员会第17次会议上通过的《关于禁毒的决定》是我国第一部禁毒工作的刑事单行法规，是我国禁毒工作实践的总结，也是我国禁毒斗争的需要。《决定》系统全面规定了禁毒工作各环节的要求，首次界定了毒品概念。《决定》第一条规定："本决定所称的毒品是指鸦片、海洛因、吗啡、大麻、可卡因以及国务院规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品"，为我国禁吸戒毒工作的开展界定了范围；《决定》首次将吸毒行为纳入行政法律范畴，确定了强制戒毒和劳教戒毒两种戒毒模式，奠定了禁吸戒毒工作的行政性法律制裁性质，为禁吸戒毒行政性法律法规的制定提供了法律层级的依据，意义重大。《决定》第八条规定："吸食、注射毒品的，由公安机关处十五日以下拘留，可单处或者并处2,000元以下罚款，并没收毒品和吸食、注射器具。""吸食、注射毒品成瘾的，除依照前款规定处罚外，予以强制戒除，进行治疗、教育。强制戒除后又吸食、注射毒品的，可以实行劳动教养，并在劳动教养中强制戒除。"2005年8月28日颁布实施的《中华人民共和国治安管理处罚法》从程序和处罚范围方面更加完

善了禁吸戒毒工作中的行政处罚规定,本法第十一条规定:“办理治安案件所查获的毒品、淫秽物品等违禁品,赌具、赌资,吸食、注射毒品的用具以及直接用于实施违反治安管理行为的本人所有的工具,应当收缴,按照规定处理”;第七十一条规定:“有下列行为之一的,处十日以上十五日以下拘留,可以并处三千元以下罚款;情节较轻的,处五日以下拘留或者五百元以下罚款:(一)非法种植罂粟不满五百株或者其他少量毒品原植物的;(二)非法买卖、运输、携带、持有少量未经灭活的罂粟等毒品原植物种子或者幼苗的;(三)非法运输、买卖、储存、使用少量罂粟壳的。有前款第一项行为,在成熟前自行铲除的,不予处罚”;第七十二条规定:吸食、注射毒品的,处十日以上十五日以下拘留,可以并处二千元以下罚款;情节较轻的,处五日以下拘留或者五百元以下罚款;第七十三条:教唆、引诱、欺骗他人吸食、注射毒品的,处十日以上十五日以下拘留,并处五百元以上二千元以下罚款。2008年6月1日,我国戒毒工作第一部单行法《中华人民共和国禁毒法》正式施行,全面规范了我国禁毒工作,为在新形势下全面加强禁毒工作提供了法制保障。在禁吸戒毒方面,总结集成全国和云南省禁吸戒毒有益经验,《禁毒法》第二章规定了禁毒宣传教育规范,第四章共以22条的立法篇幅详细规定了我国禁吸戒毒工作的原则、职责、措施、程序和戒毒人员的权利等项内容,特别是规定了社区戒毒、社区康复、强制隔离戒毒和自愿戒毒是我国采用的四种戒毒模式,完善了科学戒断的环节链条,最大限度地避免戒毒法律“跷跷板”现象。为拯救吸毒人员脱离毒品危害,使其融入社会,保证了制度层面的科学性,为在新形势下全面加强禁吸戒毒工作提供了有力的法律保障,标志着我国禁吸戒毒工作进入依法全面推进的新的历史阶段。

(二)国务院关于禁吸戒毒的行政法规立法

禁吸戒毒的法制建设中,国务院的行政法规对我国的禁吸戒毒工作至关重要,为贯彻我国的禁毒方针和禁毒法律,国务院制定了一系列的实施规则。国务院层级的禁吸戒毒法规属于行政法律性质,是禁吸戒毒工作的实际推行的主要依据,内容涉及禁吸戒毒各个局部问题。其建设过程是与我国毒品问题和吸毒问题的发展变化密切相关的,主要有:第一,1981年、1982年连续发布《关于重申严禁鸦片烟毒的通知》和《关于禁绝鸦片烟毒问题的紧急通知》,以此为依据开展赌源截流的扫毒专项斗争;第二,1995年1

月 12 日，国务院根据《关于禁毒的决定》第 8 条的规定，制定了《强制戒毒办法》，详细规定了强制戒毒的对象、强制戒毒的主管机关、强制戒毒机构的设置要求、强制戒毒的期限、强制戒毒所的管理制度和措施、戒毒人员的脱瘾办法以及戒毒后的社会帮教措施等，为遏制毒品消费、挽救吸毒人员作出了应有的历史贡献；第三，为加强对麻醉药品、精神药品和易制毒化学品的管理，国务院 1978 年 9 月 13 日、1987 年 11 月 28 日和 1988 年 12 月 27 日先后发布《麻醉药品管理条例》、《麻醉药品管理办法》和《精神药品管理办法》，之后，在 2005 年 8 月颁布实施《麻醉药品和精神药品管理条例》和《易制毒化学品管理条例》；第四，2006 年 3 月 1 日以国务院令第 457 号颁布实施《艾滋病防治条例》。

（三）国务院各禁吸戒毒职能部委的规章建设及规范性文件的出台

为保证禁吸戒毒工作的有效展开，国务院各禁吸戒毒职能部门也根据法律和行政法规的规定制定出台了相应的部门规章和文件规定，明确了各职能部门的禁吸戒毒职能，为禁吸戒毒管理工作解决了具体执行问题。这类规章最重要的包括卫生部、公安部、司法部及各职能部委联合制定下发的规范。

1.卫生部 1995 年 6 月 18 日发布的《戒毒药品管理办法》，对全国的戒毒治疗工作制定了具体规范，改变了戒毒治疗工作中的无序状态，对提高戒毒治疗效果确立了依据。在这部规章中，确定了戒毒治疗使用的药品，本规章第二条规定戒毒药品系控制并消除滥用阿片类药物成瘾者的急剧戒断症状与体征的药品；含有麻醉药品的戒毒药品简称非麻醉性戒毒药品；不含有麻醉药品的戒毒药品简称非麻醉性戒毒药品。规定了戒毒药品的研制、临床研究和审批程序，对戒毒药品的生产和供应、包装和运输使用各具体环节制定了严格的规范。同时，依据《戒毒药品管理办法》，卫生部制定实施一系列规范性文件，主要包括：1996 年 3 月 5 日，卫生部关于下达《戒毒用美沙酮供应管理规定（试行）》的通知；1996 年 6 月 5 日，卫生部《关于加强戒毒医疗机构管理工作的通知》；2000 年 1 月 1 日，卫生部《关于戒毒医疗机构须报禁毒机构审批的通知》。

2.公安部依据国务院《强制戒毒办法》的精神，出台一系列规章和规范性文件。1996 年 5 月 30 日，下发公安部关于贯彻执行《强制戒毒办法》有

关问题的通知;2000 年 3 月,公安部下发《关于加强打击冰毒犯罪的通知》;2000 年 4 月 17 日制定实施《强制戒毒所管理办法》规范管理强制戒毒所,同时配套制定了《强制戒毒所等级评定办法》、《强制戒毒所事故、重大事件分类和报告制度的暂行规定》、《强制戒毒人员行为规范》等规范性文件;2000 年 4 月 27 日,公安部《关于公安机关做好预防控制艾滋病有关工作的通知》;2000 年 6 月 9 日,公安部《关于认真执行〈强制戒毒所管理办法〉有关问题的通知》;2000 年 6 月 21 日,《公安部关于清理整顿强制戒毒所的通知》;2006 年 6 月公安部下发《公安部关于严格依法收戒吸毒成瘾人员的通知》;2008 年 6 月 11 日,《公安部关于做好新旧戒毒体制衔接有关问题的通知》。

3.2000 年,依据《关于禁毒的决定》和《劳动教养实行办法》的有关规定,司法部制定下发了《劳动教养戒毒工作管理办法》;2003 年 6 月 2 日,司法部实施《劳动教养戒毒工作规定》,为规范劳教戒毒工作提供了行之有效的制度保证。

4.1988 年 3 月 26 日,公安部、卫生部《关于严禁非法种植罂粟的通知》;1991 年 4 月 25 日,国家教委办公厅《关于在中小学加强禁毒预防性教育的意见》;2002 年 12 月 16 日国家禁毒委、中央综治办、教育部、团中央《关于进一步加强中小学生毒品预防教育工作的通知》;2004 年 4 月 5 日,中共中央宣传部、公安部、国家禁毒委员会办公室《关于开展禁毒集中宣传教育活动的通知》;2006 年 4 月 4 日,国家禁毒委员会办公室、教育部办公厅《关于进一步规范学校禁毒宣传教育资料的通知》;2006 年 7 月 4 日,卫生部、公安部、国家食品药品监督管理局《关于印发〈滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作方案〉的通知》;2007 年 7 月 4 日,文化部、中央综治办、公安部等《关于印发〈2008—2010 年全国娱乐场所阳光工程实施方案〉的通知》。

二、云南省禁吸戒毒地方性立法建设

云南省的毒品问题较为严重,在禁吸戒毒工作逐步推进的过程中,云南省的禁吸戒毒立法活动也同步展开,成为云南省禁吸戒毒领域的一个重要工作成分。云南省的禁吸戒毒制度建设充分遵循我国《立法法》的建设要

求，立足云南省禁吸戒毒形势和需求的实际条件，在立法体系上合理配置资源，逐步构建了地方性法规、地方政府规章、民族自治条例等层级立法，对禁吸戒毒工作进行地方性法律法规的规范，按照层级效力，云南省的禁吸戒毒立法主要包括：

（一）云南省禁吸戒毒的地方性法规

依据国家禁吸戒毒法律法规，立足云南省禁吸戒毒工作实际形势，云南省积极运用地方立法资源，全局部署禁吸戒毒，对禁吸戒毒各方面工作进行了立法规范。1989 年 8 月 26 日，云南省第七届人民代表大会常务委员会第七次会议通过《云南省严禁毒品的行政处罚条例》，这是云南省开展禁吸戒毒工作的第一部地方性法规。随着禁毒斗争的变化，1991 年云南省颁布实施《云南省禁毒条例》，对云南的禁吸戒毒实际工作进行了一定程度的创新，全面规范了云南省的禁吸戒毒，在云南省禁吸戒毒工作中发挥了极其重要的依据作用。《条例》共 24 条，内容包括毒品的定义，对毒品原植物种植、贩卖等环节的行政处罚，禁毒宣传工作和社会成员的责任，其中特别重要的是《条例》根据《全国人大常委会关于禁毒的决定》对云南省的戒毒模式作出了详细的规定，为今后的戒毒工作明确了做法，如《条例》第七条：吸食、注射毒品的，由公安机关处十五日以下拘留，可以单处或者并处二千元以下罚款。吸食、注射毒品成瘾的，除依照前款规定处罚外，责令其限期戒除或者实行集中戒除。限期戒除或者集中戒除后又吸食、注射毒品的，实行强制戒除。《条例》第八条规定："被公安机关责令限期戒除毒瘾的人，由其单位和家庭负责监督。在限期内戒除的，单位和家庭应当向当地公安派出所或者保卫部门报告"。第九条规定："农村和城镇的村公所、办事处，村民委员会、居民委员会，企业事业单位，根据需要可以办戒毒班，对吸食、注射毒品的人实行集中戒除，公安派出所、保卫部门负责监督指导。集中戒除的期限为六个月以下"。第十条规定："各级人民政府根据需要可以设立常年或者临时戒毒所，设有公安处、公安分局的企业事业单位可以根据需要设立临时戒毒所，对吸食、注射毒品的人实行强制戒除。强制戒除的期限为一年以下。戒毒所由本级公安机关主管，民政、卫生部门或者企业事业单位的行政部门参与管理"。第十三条规定："吸食、注射毒品的人经强制戒除后又吸食、注射毒品的，可以实行劳动教养，并在劳动教养中强制戒除"。《条

例》根据云南禁吸戒毒的实际情况，规定了四种禁吸戒毒方法，包括限期戒除、集中戒除、强制戒毒和劳教戒毒，并明确了相关机构的禁吸戒毒职能，其中，限期内戒除的方法是：由公安机关责令限期戒除，由其单位和家庭负责监督，单位和家庭应当将戒毒期间的情况向当地公安派出所或者保卫部门报告。集中戒除方法的做法是：由农村、城镇的村公所、办事处，村民委员会、居民委员会，企业事业单位，对吸食、注射毒品的人实行集中戒除，开办戒毒班，在六个月以下的期限内戒除毒瘾，公安派出所、保卫部门负责监督指导；将强制戒毒的期限规定为一年。1991 年《条例》关于禁吸戒毒的规定已经初步具备了简单的禁吸戒毒模式特征，勾勒出云南省禁吸戒毒模式的框架，随着禁吸戒毒实践的展开，云南省各地在具体工作中不断创新工作机制，进一步丰富完善了这些模式，一定程度上取得了禁吸戒毒工作的局部胜利，但仍未根本上解决问题。近几年来，云南省的毒情出现较大的变化，吸毒问题中新情况层出不穷，戒毒形势日趋严峻，通过总结云南省多年的禁吸戒毒实践经验，经过反复研究和论证，于 2005 年 5 月 1 日正式施行重新修订的《云南禁毒条例》（以下简称新《条例》）。新《条例》增至 49 条，在职能职责、预防教育、戒毒模式、艾滋病防治、法律责任等禁吸戒毒内容方面加强了针对性，为云南省禁吸戒毒工作的深入开展提供了更为有效的依据。具体的变化表现在：第一，扩大了禁吸戒毒范围，将冰毒、摇头丸等氯胺酮、苯丙胺类人工合成的新型毒品纳入戒断范围。第二，明确规定各职能部门禁吸戒毒及宣传预防教育、艾滋病防治等方面的职责。第三，规定了社会面各社会成分报告、监督吸毒行为的刚性责任。第四，确定了云南省康复戒毒模式。新《条例》第二十八条规定："强制戒毒机构可以设立戒毒康复基地，对戒毒人员进行康复治疗。康复治疗的期限为 3 个月以上 2 年以下"；第二十九条规定："各级人民政府公安、教育、卫生行政部门应当对戒毒人员开展心理治疗和心理辅导工作，有条件的应当对戒毒人员进行职业技能培训"。第五，规范了自愿戒毒机构和开办脱毒治疗业务的医疗单位的管理。第六，加强了对戒毒期间的管理，明确了戒毒人员的相关合法权利，新《条例》在第四章专门制定了对各戒毒模式的内部管理要求，对一些戒毒重要环节形成了具体的操作规范。如新《条例》第三十三条规定："戒毒人员在强制戒毒、康复治疗期间患病或者自杀、自伤、自残的，戒毒机构应当及时进行医疗

和救治，并通知其亲属参加护理。经医治或者抢救无效死亡的，由有鉴定资格的机构作出死亡鉴定，经同级人民检察院检验后，公安机关填写死亡通知书，通知死者家属、所在单位和户籍所在地公安派出所。”新《条例》在整个体系上体现出科学性，对贯彻我国禁毒方针在云南省的实现有非常实际的意义；针对禁吸戒毒工作进行专章规范，在第三章规定了预防教育措施，第四章规定了戒毒措施，吸收了 1991 年《条例》的四种戒毒模式，并根据科学戒毒理论和云南省“外传内”戒毒实践经验，首次规定了康复戒毒模式，指导了云南省自 2005 年至 2008 年禁吸戒毒工作，对云南省禁毒人民战争取得阶段性胜利提供了重要的法律依据和制度保障。

（二）云南禁吸戒毒的自治条例和单行条例

立足于云南省民族众多、戒毒存在地域和人文差异性的特点，云南省各民族自治州、县也充分运用民族自治地方的立法资源，对本地方的禁吸戒毒工作展开立法，以国家和省级禁吸戒毒法律法规为依据，研究本地方禁吸戒毒工作特点，形成禁吸戒毒依据。这类立法主要是 1995 年 5 月 31 日颁布实施的《云南省大理白族自治州禁毒条例》；1994 年 11 月 30 日颁布实施的《云南省西双版纳傣族自治州社会治安综合治理条例》；1994 年 6 月 2 日颁布实施的《云南省澜沧拉祜族自治县禁毒条例》；1991 年 5 月 1 日颁布实施的《云南省西双版纳傣族自治州禁毒条例》，1990 年 8 月 25 日颁布实施的《云南省德宏傣族景颇族自治州禁毒条例》。

各级地方政府也在自己职权范围内根据当地实际毒情确立禁吸戒毒各方面的工作细则，出台了一系列地方政府规章和规范性文件，如 1993 年 10 月 30 日实施的《云南省强制戒毒所管理办法》，2005 年 4 月 14 日颁布生效的《丽江市人民政府办公室关于建立丽江市中心戒毒所若干问题的通知》。

三、存在的问题和建议

2008 年 6 月 1 日起生效的《中华人民共和国禁毒法》作为我国禁毒的首部法典性的法律，其规定注重宏观层面的制度建设，从社会禁毒资源配置的角度对禁吸戒毒工作和戒毒模式作出规定，界定了禁吸戒毒工作和戒毒模式的根本目的，明确了禁吸戒毒的基本职能，规划了戒毒模式的基本框架。这期间，云南省按照《禁毒法》的规定和国家禁毒委员会 2008 年 3 月

28日下发的《关于做好〈中华人民共和国禁毒法〉贯彻实施有关工作的通知》，充分认识颁布实施《禁毒法》的重要意义，切实加强《禁毒法》的宣传、学习、培训工作，根据各地实际情况陆续安排各种戒毒模式的实施。但是，在贯彻《禁毒法》的具体过程中出现了一些新情况，如强制隔离戒毒模式在推行中面临与《禁毒法》颁布前存在的强制戒毒模式和劳教戒毒模式的转换衔接；社区戒毒、社区康复作为法定的新型戒毒模式，推进中缺乏具体方案，各地的理解执行存在差异，工作机制的建立亟待法律规范的指导；等等。根据法制建设的效力渊源层级理论和禁吸戒毒模式推进的实际困境，禁吸戒毒法制建设目前存在的问题是《禁毒法》的配套法律法规亟待完善。

对此我们建议，云南省要深化《禁毒法》的贯彻实施，高度重视《禁毒法》地方配套法律法规建设，以云南省禁毒委员会为领导，层层落实责任，注重对现阶段禁吸戒毒试点工作的研究分析，总结成功经验，查找存在问题，分析原因，探索行之有效的对策，创新和完善工作机制，积极为国家层级的配套法律法规建设建言献策；同时，做好禁吸戒毒立法规划，稳步推进云南省各层级的禁吸戒毒立法工作，保证《禁毒法》的贯彻执行。通过课题调研，建议开展以下几方面的工作：

（一）及时向国务院及各职能部委反馈云南省禁吸戒毒工作的立法实际需求

云南省目前在禁吸戒毒工作中急需的规范包括：

1.国务院关于《禁毒法》的实施条例，具体规范云南省禁吸戒毒全面工作；国务院关于强制隔离戒毒所建设的指导意见，对云南省强制戒毒和劳教戒毒进行资源整合。

2.以卫生部为主导，公安部、司法部共同制定《吸毒成瘾认定办法》、《戒断诊断标准》；为确定吸毒人员决定社区戒毒、社区康复和强制隔离戒毒模式的定性提供标准。

3.公安部为主导出台《吸毒人员登记办法》，规范和指导云南省对吸毒人员的登记管理，加强信息建设。

（二）对云南省禁吸戒毒工作进行立法整体规划

禁吸戒毒是一项长期的工作，必须依靠法律的保证予以执行，加之近几年来毒情形势变化多端，需要针对毒情变化及时应对，云南省应以《禁毒

法》颁布实施为契机，预见性、创造性地加强对禁吸戒毒工作的立法规划，保证禁吸戒毒工作的科学推进。具体设想是：在观念层面，强化各级人大和政府对禁吸戒毒工作的立法认识，提高立法技术，按照《禁毒法》的体系和模式要求，结合云南省的实际，制订云南省禁吸戒毒立法规划方案；在内容方面，遵循《禁毒法》和国务院及部委规范，制定强制隔离戒毒、社区戒毒、社区康复、自愿戒毒和预防宣传教育等的专项法律法规，注重禁吸戒毒各环节的管理规范，避免出现法律空白；在操作层面，充分调动各层级立法资源，合理配置行政性立法和社会工作立法，通过立法、修订、编纂等立法手段，形成《禁毒法》统领下的地方性法规、政府规章、自治条例和规范性法律文件为体系的统一立法格局，完善云南省禁吸戒毒法制建设。

目前，云南省亟待解决禁吸戒毒配套立法，应立足云南省现有禁吸戒毒之建设现状，依据《禁毒法》精神和具体规范，在国家相关法律法规未出台之前，完成三个方面的立法工作：首先，对云南省原有的法规体系进行整理，对违反《禁毒法》的文件和条文作出废止处理；其次，对现有法规和法律文件进行符合《禁毒法》的修订；再次，《禁毒法》中关于禁吸戒毒工作的规定较前有很大的变化，规定了全新的禁吸戒毒模式，如社区戒毒/康复模式、强制隔离戒毒模式的规定等，云南省实际开展中这些模式已经亟待立法，目前，应加强对各类新型戒毒模式的试点工作开展调研，掌握资料，探索经验，发现问题，在国务院等国家层级的相关规范出台后，及时制定云南省的法律法规，完善《禁毒法》配套的地方立法，制定适合云南省实际情况的戒毒地方性法规、民族自治条例、政府规章及配套规范性法律文件等各层级有机结合的戒毒专项立法。

四、小结

综上，云南省关于禁吸戒毒的立法从无到有，在国家法律和国务院行政法规、各职能部委禁毒立法的精神和规范下开展。目前，有关禁吸戒毒的法制建设力度是很大的，对禁吸戒毒的研究和认识逐步深入，云南省的禁吸戒毒法制体系已经基本建立完备，既有地方性法规的建设，又包括地方政府规章、民族自治立法和各级规范性法律文件，层级清楚，职能完备，不仅是构成我国禁吸戒毒立法体系的重要组成部分，也是云南省依法开展禁吸戒毒工

作的重要法制基础和法律依据。云南省的禁吸戒毒法制建设应树立长远规划和依法治理的理念，以《禁毒法》为根本依据，进一步完善云南省包括刑事处罚、预防教育、行政处罚、强制隔离戒毒、社会力量戒毒的整体禁吸戒毒立法，使禁吸戒毒工作开展有法可依。

第三节　国外禁吸戒毒模式的研究综述

迄今为止，戒毒仍然是世界性的难题，戒断毒瘾、防止复吸、帮助成瘾者正常回归社会一直是世界各国禁吸戒毒研究的重点和难点。世界各国的戒毒模式有较大的差异，戒毒模式的构建存在许多样态，核心原因是各国对待吸毒问题采取的价值取向一直处于争论状态。虽然人类对吸毒造成的危害早已取得共识，但是各国对吸毒行为的社会定位和政策法律对策大相径庭，加之吸毒问题本身具有综合影响以及复杂性，因而为与吸毒现象关联的不同学科提供了较大的研究空间，出现各式各样的戒毒实践尝试，致使各国戒毒模式形态各异。从戒毒实施主体的角度概括，戒毒模式的推行实施者既有政府组织，也有非政府组织，甚至实验室和个人；从关联学科领域分析，关注戒毒问题的研究领域包括法学、社会学、心理学、医学、行为学等，不同学科以自有的理论基础和视角研究形成戒毒模式，有的研究在模式构建中借鉴其他学科的方法，以期全面解决吸毒成瘾问题；在实践运行方面，不同国家选择不同的方式，主要有法律规定、政策倡导、团体规则、操作规程、个案跟踪维持、医院治疗等方式。世界各国戒毒理论研究不断发展，其多样化的表现形式为我们的研究提供了正反两个方面的经验。由于课题的局限性，无法对各国典型戒毒模式进行实际考察，我们只能通过文献法对此问题进行研究，总结评述，提炼出适合云南省需要的禁吸戒毒模式要素。

国外在戒毒模式研究和实务方面的工作开展得较早，研究投入大，介入的学科多，经验积累较丰富，形成了较为成熟的戒毒相关理论。根据吸毒成瘾的特点，研究包括对成瘾的标准的制定及生理脱毒、康复治疗、回归社会等不同阶段应采用的不同措施。目前各国存在的戒毒模式的现实使用情况是：有的模式经实践不能奏效，或不能被社会接受，渐渐处于被淘汰或不能有效推行的状态，如海洛因处方模式；有的模式符合一定的科学戒毒的规

律，在禁吸戒毒中取得了一定的效果；有的模式还处于探索和待检验的过程中。从国外戒毒模式的切入点和构建理论分析，主要包括医学、社会学、心理学和行为学的角度，个别的还借助宗教力量作为支持。目前，由于毒品问题的世界化，各国关于禁毒的国际合作进一步加强，在戒毒模式的探索和发展中体现出对卓有成效的戒毒模式的相互借鉴的特点，通过考察和总结，对这些有效的戒毒模式经过与本国具体问题相结合，对其进行本土化的改造后成为本国的戒毒模式。本部分论述主要汲取国外较为典型的戒毒模式。

一、戒毒的医学治疗模式

1973 年，世界卫生组织将吸毒成瘾这一现象统一称为"药物依赖性"，现代医学研究认为"药物依赖"是一种慢性、复发性脑病，包括生理依赖和心理依赖。戒毒的第一个必经过程就是解除生理依赖，即生理脱毒。生理脱毒是戒毒的第一个关键环节，是进行戒毒康复的基础，顾名思义，生理脱毒就是吸毒者脱离毒品对身体或躯体的控制，脱毒的英文词源是 detoxification。在《诊断学大辞典》中，"脱毒"是指"使个人从精神活性物质的作用中摆脱出来的过程"。[1] 我们认为，生理脱毒是指在戒毒过程中，使吸毒者停止使用毒品、并给予戒毒者以药物治疗或其他帮助，控制或减轻吸毒者停掉毒品后出现的戒断反应的过程。另一个容易混淆的概念是"脱瘾"，脱瘾是指通过药物治疗和康复支持，彻底消除吸毒者的毒瘾，解除吸毒者心理依赖的过程。脱毒与脱瘾是戒毒过程的两个阶段。脱毒后，吸毒者仍存在对毒品的心理依赖，对毒品的渴求和稽延性戒断反应仍要持续很长时间，脱瘾是戒毒过程中最难解决的环节，复吸一般会出现在脱瘾阶段，对脱瘾的治疗除药物治疗之外，还要辅之以心理学、社会学等方法的支持。脱毒是脱瘾的前提，脱瘾是脱毒的继续和巩固，是吸毒者是否戒断毒瘾的标志。本部分主要选择各国对阿片类药物依赖医学治疗的主要方法展开述评。

（一）自然戒断法

国外又称其为"冷火鸡法"或"干戒法"，具体做法是直接地强行中断吸

---

[1] 《诊断学大辞典》，华夏出版社 2004 年版，转引自房红、阮惠风等：《国外禁吸戒毒模式述评》，《云南警官学院学报》2010 年第 1 期。

毒者的毒品供给，使其戒断症状自然消退，同时对吸毒者予以照管一种戒毒方法。这种方法的优点是印象深刻、震慑作用大；经济投入小，无须产生费用。缺点是成瘾严重的戒毒者会感到比较痛苦，有的戒毒者难以承受，常常自伤、自残。自然戒断法是一种古老的脱毒方法，“这种方法早在600多年前就曾在泰国使用”[1]。目前国外一些戒毒组织仍然在使用，如TC戒毒模式和“福音”戒毒模式的脱毒方法就是自然戒断法。

（二）药物戒断法

即为戒毒者提供戒断药物帮助以减缓、减轻吸毒者戒断症状的痛苦，逐渐达到脱毒的方法。国外一般采取多元药物维持疗法进行戒断，主要的方法有：

一是美沙酮（MMTP）维持治疗，也称阿片受体激动剂维持治疗。美沙酮是1937年德国化学家最先合成发明、作为止痛药吗啡的代替品的一种麻醉性镇痛药，在20世纪50年代美国医学专家发现可以阻断大脑阿片受体欣快感，进而在美国推广运用，目前被证实是行之有效的一种戒毒模式。美沙酮对戒毒治疗具有较为明显的作用在瑞典已得到实践证实。“据报道，乌普萨拉大学医院负责该项目的研究人员对345名从1966年到1989年间一直接受美沙酮治疗的病人进行了连续23年的跟踪研究。新近公布的研究结果显示，治疗几年后，这些病人中有80%的人找到了新工作或者开始了全日制学习。犯罪率降低了86%，卖淫现象几乎全部消失。而此前的研究显示，传统戒毒方法通常只能使6%—15%的戒毒者完全抛弃毒品。”[2]该方法被几十个国家接受并实施，全世界目前约建立了2,000多个美沙酮维持治疗门诊。其原理是对戒毒者提供合适的美沙酮剂量，足以控制戒断症状又不产生欣快感，降低甚至丧失吸食或注射海洛因产生的强烈快感体验，减弱吸毒者对海洛因的渴求感，从替代海洛因逐步戒断海洛因。从这个意义上讲，美沙酮维持治疗既是脱毒方法，也被作为脱瘾措施。美沙酮维持治疗的具体操作模式是由医疗机构在一定地域开设美沙酮门诊，吸毒者每天到门诊服用美沙酮，同时，门诊还提供心理咨询、心理辅导服务、职业辅导、

---

[1] 崔敏主编：《毒品犯罪发展趋势与遏制对策》，警官教育出版社1999年版，第461页。

[2] 郭禄先：《英国北欧戒毒特点启示》，《广东矫治研究》2006年第3期。

艾滋病病毒预防教育等服务项目。在美国,吸毒者进行美沙酮维持治疗的医疗费用大多由医保、社会福利和政府专项基金提供。美沙酮维持疗法是我国香港地区最广泛采用的戒毒治疗模式,自1972年香港卫生署开设美沙酮门诊为戒毒人员提供此项服务计划,治疗费用主要来自政府投入,戒毒治疗者只需象征性地支付1港元就可获得足以维持每天戒毒需要的剂量。这个模式在香港推行较为有效,资料显示"以香港为例,香港现有吸毒人数近2万人。每天约有8,000人到美沙酮维持诊所去接受治疗,约占香港现有吸毒人数的40%"。[1] 美沙酮维持疗法经济成本较低,可以降低戒毒的社会成本,美沙酮属于合成类药物,价格大约是0.01元(人民币)/毫克,每人每天的维持量约60毫克,药物成本大约需要1元(人民币);美沙酮维持疗法的戒毒者痛苦较小,在服用美沙酮治疗期间能保证一定的戒毒操守,不再注射和吸食海洛因,替代吸毒者对海洛因的需求起到萎缩海洛因国际毒品市场的作用。有关研究表明美沙酮维持治疗可降低犯罪率、改善吸毒者的精神状况及家庭和社会功能。近年来,美沙酮维持治疗对降低静脉吸毒者中艾滋病和其他疾病的传播蔓延的作用被重视。美沙酮维持治疗的这些优点是明显的,但美沙酮本身是一种麻醉类药品,也属于国际麻醉品管理中的管制毒品,存在麻醉药品与生俱来的明显副作用,同样对人体造成危害。自20世纪80年代以来,以法国为主的欧洲国家开始质疑美沙酮维持治疗,主要的理由认为美沙酮维持治疗是以一种毒品代替另一种毒品,并不能真正戒断毒瘾,违背了戒毒的意义,是"不正当的"[2];美沙酮的人体危害性也同时被证实,研究发现美沙酮也会产生依赖性,而且美沙酮混合海洛因依赖将更难治疗;一些吸毒者将美沙酮作为海洛因的过渡品,在无法找到海洛因或无钱购买海洛因时就用美沙酮维持,一旦有海洛因就复吸。在观念上会导致产生一种被认可的毒品可以合理使用的混乱。但这些反对的意见并不能改变目前各国美沙酮维持治疗的推行,因为除此之外人类还未能发现更为有效的戒断方法。

二是抗拮疗法。另一种更有争议的药物脱毒方式是抗拮疗法,该法对

---

[1] 《我国目前采用的戒毒模式》,中华女性网,http://www.100md.com,2005年6月27日。

[2] [澳]James G.Barber著,范志海等译:《戒瘾社会工作》,华东理工大学出版社,第119页。

戒毒者使用纳曲酮(naltrexone)等麻醉药拮抗剂进行治疗。纳曲酮是一种非成瘾性的抗鸦片类药物,可以阻断海洛因的欣快作用,明显减弱或完全阻断阿片受体,甚至反转由静脉注射海洛因等毒品所产生的作用,且不会产生类精神病反应,可以保持不复吸,巩固戒毒成果。治疗方法是在脱毒完毕的7至10天后开始,各国目前采用口服和皮下植入缓释剂的方式。据报道,澳大利亚、英国、美国、加拿大等国从1997年至今累计植入人员已达9,000余人,全部彻底戒断毒瘾。反面的意见认为纳曲酮的控制性实验还不够,推广的依据还有待更为确切的研究成果支持。

三是海洛因处方疗法。一些欧洲国家(诸如瑞典、荷兰、德国等)目前仍在开展一种争议更大的治疗措施,即"海洛因(可卡因)处方疗法"。开设固定的诊所,每天三次为成瘾者提供计划好的定量海洛因,在诊所内医师的监督下吸食或注射。据说这个计划的实施使实验者得到令人鼓舞的效果,"与只得到美沙酮的参与者相比,能够同时服用海洛因和美沙酮的人在身体、精神和社会控制上的相应改善要高出23%—25%"[1],结果导致荷兰治疗海洛因成瘾性研究委员会决定在戒毒治疗中确定海洛因治疗方案,将海洛因登记为荷兰处方药方案中的处方药。在澳大利亚的局部地区也开设了海洛因门诊。而在德国,"海洛因支持的维持率为67%,略低于在瑞士和荷兰开展的研究的比例。在美沙酮一组,仅有39%的患者完成了研究治疗"。[2] "海洛因处方疗法"等类的所谓治疗方法在价值取向上与世界各国禁绝毒品的决心极大背离,不仅没有对戒毒者积极负责,反而可能成为海洛因泛滥的突破口。方案的设计者无疑犯了价值取向错位的错误,单纯考虑对戒毒者的医学价值,但是,吸毒问题既是一个医学问题,更是一个威胁人类社会生存发展的社会问题。对于各国来讲,坚决禁毒的使命是首要的选择,对吸毒人员实施的拯救首先要考虑其反社会性的惩戒,其次兼顾考虑医学治疗和人性关怀,不能舍本求末,本末倒置。

国外的许多国家在戒毒医学治疗领域主要采取多元药物维持疗法对吸毒者进行治疗,允许医生合法长期使用海洛因、吗啡、杜冷丁、鸦片、美沙酮、

---

[1] [澳]James G.Barber 著,范志海等译:《戒瘾社会工作》,华东理工大学出版社,第131页。

[2] 《德国戒毒治疗和个案管理》,http://www.jhak.com/ReadNews.asp? NewsID,2010年3月10日。

丁丙喏啡、可待因等治疗海洛因依赖,其中被多个国家接受并推广的美沙酮维持疗法(MMTP)被视为治疗海洛因毒瘾的最有效方法,特别是在预防艾滋病和其他疾病的蔓延方面的作用是积极的。但是,应当意识到目前国外的药物戒断法主要依靠的是以毒代毒的治疗,是治标不治本的一种姑息的替代疗法,是一个权宜策略,不符合人类社会禁绝毒品的最终愿望和斗争方向的要求。

二、戒毒康复的社会学、心理学、医学角度的运行模式

虽然国外现在对"戒断"的界定还存在争论,但在各种层面和概念下的禁吸戒毒历程中,各国都曾经历过戒毒模式陷于困境的困惑和挫败,墨尔本皇家理工大学 James G.Barber 曾经形容为"悲观的氛围徘徊在成瘾领域的上空,因为在治疗循环圈中广为流传着没有什么方法真正能发挥作用的观念"[1]。即使如此,各国对戒毒模式的渴求式的探索从未停止,这种探索有的时候是徒劳的,有的却带来了令人振奋的信息,无论如何,对戒毒模式的探索的执着是值得赞许的。在常年的禁毒实践中各国已经意识到,单纯的生理脱毒只能实现戒毒者对毒品依赖的短期戒除,即生理脱毒,并不能使戒毒人员真正戒除毒瘾,戒毒更为重要的是生理脱毒之后心理、行为、社会适应等全面心理脱瘾(我们在上一部分已经介绍过心理脱瘾),更重要的是帮助吸毒者开展心理康复和回归社会康复治疗。任何一个吸毒者都不能只用一种方法达到戒毒目的,要针对戒毒者的具体情况寻求综合解决的方案,找出戒毒者的需求切入点,源源不断地提供关爱、帮助和动力,运用社会学、心理学、行为学等多学科的措施帮助戒毒者走出毒品困境。由于对戒毒存在不同的理解,国外的学者们将这个过程称为"维持"或"康复"。总结来看,"维持"主要指帮助戒毒者保持不接触毒品的操守;"康复"意在对戒毒者彻底摆脱毒品的一种意志倾向,是指戒毒者彻底戒除毒瘾,正常融入社会。目前,国外最受关注的康复模式主要是借助社会学和心理学理论发展的,因此我们将这类治疗模统称为戒毒康复的社会学、心理学模式。康复(rehabilitation)的概念来源于医学概念,我们认为在戒毒领域,康复是指通过对时

[1] [澳]James G.Barber 著,范志海等译:《戒瘾社会工作》,华东理工大学出版社,第 134 页。

间、空间和各种物质条件及资源的有效运用,帮助吸毒者纠正心理和行为障碍,摆脱毒品,正常适应社会生活的过程。总结国外的戒毒康复模式,一般主要有强制性戒毒、社区戒毒和自愿的民间组织戒毒等几种。

(一)强制性戒毒治疗

强制性戒毒治疗指通过将戒毒人员强制集中在政府开办的无毒封闭场所里,强行人为阻断吸毒者戒除毒品,并在一定期限内限制人身自由,由强制戒毒场所负责提供必要的医学治疗和心理治疗的戒毒过程。在泰国,禁吸戒毒模式主要采用了强制性戒毒。据资料显示,2008 年泰国接受戒毒治疗的人员总数中有 61.37%被判决强制戒毒。泰国的强制性戒毒由泰国司法部缓刑司主管,主要适用的吸毒人员是成瘾严重、有犯罪记录的经过法院判决决定强制戒毒治疗的。强制戒毒的期限是 6 个月至 3 年。在实践中,法院首次判决一般以四个月为上限,戒毒期满后经吸毒成瘾康复专门委员会进行评估,评估合格、效果良好的,须再经过两个月的康复训练即可重返社会;评估不合格可以延期,每次延期不得超过六个月,总数最长不能超过 3 年。如果戒满 3 年后仍然没有戒除毒瘾的,法院可以对其吸毒犯罪行为进行判决。我国的香港和台湾地区都有强制性的戒毒治疗模式,其中香港地区的强制性戒毒主要针对有吸毒成瘾情况的罪犯。我国澳门地区自 1990 年起终止了强制性的戒毒制度,全面发展由民间组织推行的自愿戒毒模式。在美国,由司法部门实施的强制性戒毒措施在 20 世纪 50 年代被认为是失败的。

(二)治疗社区模式

治疗社区(简称 TC)是美国除美沙酮维持治疗之外最主要的戒毒治疗康复模式。由于其特殊的运行机制和戒毒康复的成效,目前被国际社会普遍接受,产生了较大的国际影响力。

1.TC 的历史渊源

TC 是发起于美国 20 世纪 50 至 60 年代的一种康复治疗模式,最初因戒酒之目的由 Wilson 与 Bob 作为治疗方法开始运用,后由 Charles E. Dederich 引用于戒毒领域,建立锡南浓(Synanon)社区。随着美国毒品问题的凸显,戒毒治疗的需求增加,Phoenix House、Start House、Daytop Village 等治疗社区被相继建立。发展至今,由神父奥布莱和著名的精神病学家丹尼

尔·卡斯瑞博士建立于1963年的Daytop Village(我国译为“戴托普”)是目前世界上最成功的治疗集体模式,作为一个行之有效的戒毒康复模式被许多国家移植。云南省于1998年9月28日成立云南戴托普药物依赖治疗康复中心,在中国首次引入该模式。

2.TC模式的总结

TC是一个以民间组织或公司的方式运作、以戒毒治疗康复为目的、以特定的管理规则和治疗措施为内核的戒毒模式,该模式可以概括地总结为:为戒毒者建立的一个以集体居住为前提,在居住的过程中通过自助和互助的方式学习社会生活规则,辅之以工作者心理疏导、职业技能训练,矫正自我人格,改善人际关系,提高社会适应力和应急能力,养成自我责任观念,塑造正常的心理机制和社会行为,最终实现戒断毒瘾、重新社会化的一种集居住、生活、工作、社会交往和戒毒治疗为一体的居住性治疗环境。

3.TC的治疗原理

TC治疗的原理来自许多学科的集成,建立在调查研究基础上的理论假设是认为药物滥用者生理发育是成熟的,而人格成长趋于不成熟,没有形成正确的态度和行为,无法适应社会,无法正确解决人生过程中面临的各种挫折,希冀以吸毒的方式虚化和逃避这些境遇。因此,在TC这种相对安全但又具备社会功能的社区中,通过对社会行为的重新体验和社会责任的承担,使吸毒者逐步形成成熟的人格,培养正常生活所需的良好习惯及品格,树立健康生活的正确人生价值观。即以行为学、心理学等的治疗途径达到对心理、精神状态的调适和矫治,改变吸毒者的观念、态度、行为。以此为理论依据,心理学、精神病学、社会学等学科专家按照戒毒康复须达成的目标设计不同的行为模式,并将这些行为模式流程化,设计出与现实社会生活相近的TC生活居住和工作程序,流程中的各种行为均承担一定的心理学和社会学的校正和塑造功能,TC成员通过日常居住生活中对这些程序中的行为的实施,逐步完成行为和心理的矫治,达到回归社会的康复目标。具体的环节包括小组治疗、角色扮演、职能工作和等级制度等。

4.TC的重要规则

进入治疗社区的吸毒者须以自愿为原则,主动提出申请,经评估合格加入社区;将入住的吸毒者编为小组,以小组为单位开展活动,小组成员同吃

同住同劳作，互相约束，自助并互相帮助，开展专门的小组活动，诸如发泄痛苦和愤懑、讲述吸毒史、“对质”（批评和自我批评）；也有专门的心理调适技能和人际交往课程。减少戒毒者的孤独感，培养集体观念。TC的等级制度是重要的激励机制，每个吸毒者首先从最低级别开始工作，主要是从事一些日常工作，如清洁等，经过努力逐渐升级，获得更多的权利，如外出、探访或成为管理者，级别提高说明戒毒者的进步和工作成效，这个过程为戒毒者指明努力方向，有效地激励吸毒者，树立努力就可达成目标的观念。TC有严明的规则，要求自觉遵守，考核表现好的获得升级，表现不合格或违反规则的可降级。

5.TC的效果简述

资料显示（De Leon，1998），设在社区中的TC治疗项目可以有效地降低违法犯罪，减少药物滥用，且维持效果与TC居住的时间长短有关，居住时间越长，效果越好；在美国，监狱中实施的TC可以有效降低药物滥用的复发，减少再次犯罪。

6.对TC模式的评价

首先，TC模式对吸毒者形成正确的观念、态度、行为有实质性帮助。其倡导诚实、信任、互助及自我责任感等正确价值观，使戒毒者可以在这里摆脱自卑感，重新建立做人的原则；措施运行机制有效，学习生活技能，养成清洁、有计划花钱、自我管理等的积极生活态度，参与劳动，自食其力，形成敢于承担责任、纠正错误的正确观念，获得正常人际交往能力，形成自我人格的成熟。不仅关注戒毒者的生理脱毒过程，更重视对吸毒者心理脱瘾和回归社会的训练，为吸毒者戒除毒瘾提供了全方位的支持。有人认为TC的出现、成长及发展壮大是我们这个时代最迷人的社会进步之一。

其次，TC建立了一种以戒毒为本位的科学戒毒模式样本，将吸毒者视为脑疾病患者和人格不完整，重视针对性地解决戒毒现实问题，淡化对戒毒者的道德和法律评价，通过一系列人性关怀流程塑造吸毒者正确的人生观、价值观，以正面教育的角度施加影响，体现了主流社会对此部分人群的宽容和拯救的积极态度。TC根据对戒毒规律的科学认识完善了戒毒的过程支持，降低了戒断人员回归社会后非法吸毒的比例和违法犯罪率，提高就业能力。我们对此持支持态度，从云南省的情况来看，吸毒者无论实施的是盗

窃、抢劫抑或以贩养吸行为，其违法犯罪行为的主要动机就是寻找毒资，所以核心问题是吸毒。有一个案例是，云南省实施吸毒人员全员收戒后，社会面上基本无吸毒人员时，社会面的发案率明显下降。从逻辑上分析，如果吸毒者戒断毒瘾，正常回归社会，寻找毒资的逻辑起点就丧失了，吸毒者为寻求毒资实施的违法犯罪行为也会相应丧失。

再次，TC 模式对构建云南禁吸戒毒模式提供了较高的参考价值。云南省深受毒品危害，毒品的多头渗透加剧了吸毒人群的增加，为解决吸毒问题，云南省多年来做了艰苦的努力，进行了多种模式的探索，投入的各种资源不可谓不大，省委、省政府和各级职能部门高度重视，但是没有产生特别令人满意的成效。我国《禁毒法》出台的契机正是我们反思和重构禁吸戒毒模式的历史契机，我们可以放眼世界，广泛的研究和借鉴国外有益的模式，取长补短，为《禁毒法》生效后云南省戒毒模式的构建获取有益的经验支持。具体分析，云南省主要的戒毒模式以强制戒毒为主，曾经经历过难以巩固戒断效果的悲观时期，更注重对戒毒者的行政处罚和强制，以强制隔绝毒品的方式戒毒。心理康复更多采用说教，缺乏有效的行为训练，这些高压态势的戒毒措施易引起戒毒者反感，在离开高压环境后爆发寻觅毒品的强烈需求，导致复吸。TC 的启示在于：（1）TC 的“生物—医学—行为模式”模式。TC 模式中戒毒链条设置完整，从生理脱毒至心理脱瘾到最终回归社会逐步递进，多角度关注吸毒人员戒断毒瘾过程中多层面的需求，特别是培养健康生活习惯、塑造人格和心理成熟及职业技能培训等。（2）TC 的细分人群机制。TC 在局部地区、针对部分人群设置，以自愿申请为入住程序，有的意见认为这种自愿选择机制使 TC 模式难以覆盖所有的吸毒者，适用有局限性。但我们认为这些选择方式有合理性，戒毒是一个自助和他助结合的过程，其中，自助是戒毒成功的关键，自助戒毒要求戒毒者真正认识到毒品的巨大危害，内心产生强烈的戒毒意愿，以意志和操守顽强对抗痛苦的生理脱毒和心理依赖，因此，自我意志对戒毒者起着决定性的作用。心理学理论揭示，人有趋同性和从众性，环境和周围人群的导向对个体的影响很深刻，人们的意志会受到来自环境和周围人群的影响，因此自我意志又须他助，得到外界不断的正向鼓励，不断以积极的信息巩固自我戒断意志。但是，吸毒人群本身存在特殊的吸毒亚文化环境，吸毒者意志素质良莠不齐，参差较

大,不做任何细分的戒毒环境难以产生积极健康的价值认识,会形成相互恶性影响。假设在一个戒毒集体中,全体戒毒成员都有强烈的戒毒意愿,意志品质相对坚定,正向激励环境氛围浓郁,彼此之间形成有效的良性影响,加之工作者有效的鼓励,对坚定戒毒者的戒毒意志会产生强大的支持。所以我们认为除了程序设置和行为训练等有效措施,自愿申请入住这个条件其实是吸纳了那些有强烈戒毒意愿的戒毒者,即 TC 模式是一种从戒毒意志角度细分和遴选戒毒人群的集体,这是 TC 模式成功的主要原因之一。我们在本课题研究过程中认为,云南省现有的戒毒模式缺乏吸毒人群细分,而细分的需求是存在的。在访谈和问卷调查的过程中,许多戒毒人员反映,"戒毒所是一个大染缸,原来只认识几个吸毒的朋友,现在来戒毒所认识了成百上千的吸毒朋友"。本次课题研究的数据分析也表明复吸的主要原因"来自朋友影响的"比例很大。我们认为,构建和完善云南省戒毒模式应当考虑细分戒毒人群,建设劳动康复场所,吸纳有强烈戒毒意愿的戒毒者,帮助他们戒断毒瘾,增加戒毒成功率,树立榜样力量,增强戒断示范性,逐步吸引并挽救其他吸毒人员。(3)TC 模式的经济投入。TC 是非营利性民间组织,运作经费全部来自于民间捐赠,居住者可以免费入住接受治疗。而云南省是经济欠发达省区,可以采用试点的办法,集中经费,在局部地区建设戒毒康复社区,引进 TC 的运行模式,进行适合云南省情和戒毒人员实际情况的改造,在实施中总结经验,逐步发展。应当认识到,任何一种戒毒模式都不可能毫无瑕疵,TC 模式中也存在戒毒人员脱失的问题,重要的是对一种有成效的模式以开放的心胸和眼光去看待和借鉴,汲取其中的成效,为我所用。

(三)自治组织及自愿性的治疗康复

国外大多数国家主要采取自愿戒毒的方式,由各种医疗机构或自治组织承担治疗和康复职责,但是,不同国家和地区的自愿性治疗康复又有不同的模式,呈现多元化的特点。这里主要集中几种有影响力的模式。成立于 1935 年的美国"匿名戒毒会"(缩写为 NA)是世界上历史最长,影响最大的戒毒模式之一,由各类吸毒成瘾的人自治组成的非营利性自治的组织,以匿名的方式存在和活动,不参与任何公众社会的宣传报道。注重手册的作用,用操作手册规定 NA 的基本思想和原则,规定了 NA 著名的核心康复程

序——“十二步戒毒法”和“十二传统”指导和约束所有成员戒毒，即 1982 年出版的《匿名戒毒会》。最主要的活动是小组集体会议，组织结构方面，NA 的成员都是平等的，无等级制度，不需集体居住，无固定的活动场所，在需要时临时借用或租用。资料显示，目前在巴西、哥伦比亚、德国、印度、爱尔兰、日本、新西兰和英国都建立了全国性的 NA 组织。路透华盛顿 2008 年 11 月 24 日电（记者 Will Dunham），根据周一公布的一份联邦调查显示，大约有 500 万美国人加入了类似戒酒互助会（AA）等自助戒毒、戒酒组织，据称其中近一半人已经戒除毒瘾或酒瘾。由于 NA 的组织形式和活动方式多样，且较为隐秘，目前难以对其开展有效评估；其他的自愿性戒毒组织如“中途宿舍”，是为戒毒者戒毒过程提供的治疗住宅或活动空间；以及一些宗教性质的自愿戒毒模式，如我国澳门地区的福音戒毒、应许之家等。国外的自愿及自治性的戒毒模式主要是民间组织，有完整的戒毒理念和规则，通过药物、心理支持等方式帮助或自助戒断毒瘾。

（四）住院治疗戒毒模式

住院戒毒模式是指由医院收治戒毒者，采用医学和心理学等技术对戒毒者予以生理脱毒和心理康复的治疗方式。国外采用这种模式的国家很多，如在韩国，所有的医院都提供戒毒住院治疗服务。特别是在欧洲的高福利国家，戒毒主要选择住院治疗模式。在德国，吸毒者住院治疗全部纳入社会保险体系，吸毒者可以选择社会保险体系中设置的治疗机构进行戒毒，除此之外，还建立了一些戒毒专门医疗机构负责戒毒治疗。这些医院建立了戒毒全面照管的体系，包括门诊咨询、戒毒治疗方案和治疗开展、戒毒失败的循环治疗、戒毒后的定期复诊、家庭护理、就业指导及减少毒品伤害各个科学环节，并由各州政府和医疗机构社团组织负责监督。目前已经形成普通医院和专业戒毒医疗机构组成的包含社会工作、教育学、心理学、医学等共同参与的医院治疗戒毒模式。英国的医院戒毒模式同样也是纳入英国国民医疗保险体系，戒毒者可以在社区内获得免费的医院戒毒综合治疗。“成瘾者只要走进任何一家以社区为载体的当地戒毒机构，都能获得免费的治疗。”[1]住院治疗戒毒模式为戒毒者提供了很好的治疗保障，治疗的环

---

[1] 王竞可：《析英国社区戒毒，探我国禁吸戒毒新路》，《云南警官学院学报》2005 年第 3 期。

节和矫治支持都很科学，免费治疗凸显治疗的便利。但高福利国家的住院治疗戒毒模式主要依靠社会的富裕程度和健全发达的社会医疗保障体制，云南省目前处于经济发展相对落后的实际状况，对这种模式不宜盲目借鉴。

三、其他戒毒模式

国外对禁吸戒毒研究的开展较为广泛，特别是以心理学理论为依托的研究工作一直在发展中，研究成果形形色色，戒毒方法形式多样。如行为疗法理论认为，吸毒行为不是人与生俱来的，是后来生活过程之中学习获得的。“药物成瘾第一行为理论由精神病医师 Araham Wikler（1965）提出，他视成瘾为一种动作训练作用的结果。”❶而这种习得行为也可以通过学习加以改变。所以一些心理学家运用行为疗法中的厌恶疗法等模式治疗戒毒者，把一些令人厌恶的刺激性行为与吸毒行为结合在一起，使吸毒者产生新的大脑条件反射，使之厌恶刺激行为的同时厌恶吸毒，从而戒除毒瘾。“据莱蒙所做的 4096 例以此种方法戒酒的效果统计，一个疗程后，维持戒酒 5 年以上者占 38%，维持 10 年以上者占 23%”；❷“拉舍得（Rathod）在 1968 年采用一种肌肉麻醉剂 Anectine 作为厌恶剂，帮助吸毒者戒毒。……据报道有 80% 的吸毒者经过五次治疗后，能保持不吸食毒品达半年之久。”❸其他一些心理专家还采用认知疗法、家庭疗法等心理学治疗模式开展戒毒研究。

国外禁吸戒毒模式多元化的特点较明显，戒毒模式多种多样，领域包括医学、社会学、心理学、精神病学等学科，依靠学科理论构建戒毒模式，注重戒毒实效，显示了戒毒研究的科学态度。政府主导的戒毒模式数量较少，以医疗机构和民间组织承担的较多，呈现社会化趋势；各国之间相互借鉴成功模式之经验，在本国加以改良运用，使戒毒模式出现国际化的趋势。虽然还没有一种彻底解决戒毒问题的方案，但这些模式为我们构建和完善云南省禁吸戒毒模式提供了崭新的也更为广阔的视野。

---

❶ ［澳］James G.Barber 著，范志海等译：《戒瘾社会工作》，华东理工大学出版社，第 17 页。

❷ 易法建等编著：《心理医生》，重庆大学出版社 2005 年版，第 95 页。

❸ 易法建等编著：《心理医生》，重庆大学出版社 2005 年版，第 357 页。

第四节　《禁毒法》颁布前禁吸戒毒模式的研究综述

我国《禁毒法》颁布前的禁吸戒毒模式为法定模式。依据法律法规的规定，我国主要的戒毒模式是以强制戒毒和劳教戒毒为主，兼顾医疗机构开展的自愿戒毒模式三种模式。三种模式的存在依据都是源于相关法律法规的规定，表明在我国，禁吸戒毒工作必须依法开展，我国范围内的禁吸戒毒模式必须符合法定形式，受到法律法规的规范，超出法律法规范围的或者违反法律、法规规定的禁吸戒毒措施属于违法，是不允许存在的。

一、我国三种戒毒模式的法律渊源

我国原有三种禁吸戒毒模式的法律渊源主要包括：

1.1990 年 12 月 28 日我国《关于禁毒的决定》第八条第二款规定："吸食、注射毒品成瘾的，除依照前款规定处罚外，予以强制戒除，进行治疗、教育。强制戒除后又吸食、注射毒品的，可以实行劳动教养，并在劳动教养中强制戒除。"这个条文是强制戒毒和劳教戒毒两种戒毒模式的法律依据，奠定了禁吸戒毒工作的行政性法律制裁性质。

2.1995 年国务院《强制戒毒办法》和 2003 年 8 月 1 日起施行的司法部《劳动教养戒毒工作规定》具体规定了强制戒毒和劳教戒毒两种戒毒模式的具体实施办法。自愿戒毒模式在我国的法律依据较为模糊，在法律层级中没有明确规定自愿戒毒，主要的依据是行政法规和部委规章，如《强制戒毒办法》第二十一条规定："医疗单位开办戒毒脱瘾治疗业务，须经省、自治区、直辖市人民政府卫生部门按照有关规定批准，并报同级公安机关备案。医疗单位开办的戒毒脱瘾治疗业务，应当接受公安机关的监督。"《公安部关于贯彻执行〈强制戒毒办法〉有关问题的通知》第四条第六款规定："根据《强制戒毒办法》第二十一条的规定，各省、自治区、直辖市公安厅、局应当及时将批准开办的戒毒医疗单位情况通报有关地方公安机关，以便当地公安机关依法进行监督。各地公安机关均不得与医疗单位联合开办戒毒治疗场所或收取戒毒医疗单位报酬后强行送吸毒人员到该单位进行戒毒治疗。公安机关设立的安康医院，经省、自治区、直辖市公安厅、局批准，并经卫生

厅、局按照卫生部制订的《戒毒医疗机构验收标准》审验合格后开展自愿戒毒治疗业务的，应按照卫生部的有关规定制订健全各项规章制度。公安机关在安康医院开设强制戒毒所的，按照强制戒毒所的管理规章制度进行管理。”2000 年公安部发布的《强制戒毒所管理办法》第四十七条规定：“强制戒毒所可以接收自愿戒毒人员。”

我国《禁毒法》颁布前的强制戒毒、劳教戒毒和自愿戒毒模式由不同层级的法律、法规确定了存在依据，强制戒毒和劳教戒毒由法律确定，自愿戒毒由国务院行政法规确定。戒毒模式的效力层级差别显示我国主要的戒毒模式是强制戒毒和劳教戒毒，自愿戒毒是辅助性补充方式，揭示了我国对吸毒行为的定性注重其社会意义上的违法性前提，揭示了禁吸戒毒模式必须严格依法建立和依法开展，不能自行创设。

二、三种戒毒模式之规则

我国原有三种戒毒模式是法定规范化模式，不仅依据法律法规存在，其运行机制和工作规程也是法律法规明确规定的，各禁吸戒毒管理机关开展工作是一种执行性的工作。

（一）强制戒毒模式规则

《强制戒毒办法》和《强制戒毒所管理办法》对强制戒毒场所的建设、管理措施、戒毒措施、保障等方面做了明确具体的规定。两《办法》规定，“本办法所称强制戒毒，是指对吸食、注射毒品成瘾人员，在一定时期内通过行政措施对其强制进行药物治疗、心理治疗和法制教育、道德教育，使其戒除毒瘾”。“强制戒毒所是公安机关依法通过行政强制措施，对吸食、注射毒品成瘾人员在一定时期内，进行生理脱毒、心理矫治、适度劳动、身体康复和法律、道德教育的场所”。根据《强制戒毒办法》和《强制戒毒所管理办法》的规定，强制戒毒工作由公安机关主管，即由公安机关负责建设和管理强制戒毒场所，强制戒毒所的建设标准要求功能设置包括办公区、戒毒治疗区、文体活动区、生产区、劳动区，配备必要的医疗器械和健身器材。戒毒治疗区设戒毒室、观察室、治疗室、药房、检验室及值班室。戒毒治疗区药房应当具备贮存麻醉药品、精神药品和医疗用毒性药品的条件。治疗室应当具备诊治戒毒常见并发症的条件及其他应急设施。戒毒病室的面积每人平均不

得少于三平方米;应当通风、采光,能够防寒、防暑、防潮。绿化美化强制戒毒所环境。根据戒毒情况,按生理脱毒、心理治疗、身体康复等分区管理。公安机关负责决定强制戒毒的审批、延期或解除;将符合条件的吸毒人员送到强制戒毒所进行集体戒毒,按照性别实行男女分区管理。强制戒毒期间的生活费和治疗费由本人或者其家属承担,确实无力交纳的,由其户口所在地派出所出具证明,强制戒毒所拟定预算计划,报请当地财政部门解决。允许戒毒者的家属或者所在单位的有关人员探访。强制戒毒期限为 3 个月至 6 个月,实际执行的强制戒毒期限连续计算不超过 1 年。戒毒治疗区实行封闭式管理,强制戒毒期间戒毒者被限制人身自由,要遵守《强制戒毒人员行为规范》和强制戒毒所的各项规章制度,服从管理,配合治疗,接受教育。强制戒毒所以外人员给戒毒人员的物品、信件、必须经强制戒毒所的工作人员检查。只有在戒毒人员遇有直系亲属病危、死亡或者有其他正当理由需要暂时离开强制戒毒所的,由其亲属或者所在单位担保,经强制戒毒所批准,可以离所 3 日。戒毒措施是公安强制戒毒所管理人员对戒毒人员应当对症使用戒毒的麻醉药品、精神药品进行药物治疗,由医生开具处方,并监督戒毒人员当场服药。辅之以心理治疗和法制教育、道德教育,并组织戒毒者参加适度的劳动,采取必要的保护措施,防止发生戒毒人员伤亡事故。对戒毒人员的日常生活实行规范化管理。管理人员要熟知所分管的戒毒人员的基本情况,及时掌握其思想动态,有针对性地做思想教育工作,实行面对面的直接管理。医护人员随时掌握分管的戒毒人员的治疗和身体康复情况。强制戒毒期满后,经检验已生理脱毒的戒毒人员,由强制戒毒所所长批准后办理出所手续,发给《解除强制戒毒证明书》,通知其家属或者所在单位领回。同时,强制戒毒所应当通报其常住户口所在地或者暂住地公安派出所,并定期进行跟踪调查和回访,配合戒毒人员及其家属、所在单位或者居(村)民委员会、常住户口所在地或者暂住地派出所落实帮教措施,巩固戒毒效果。

(二)劳教戒毒模式的规则

《劳动教养戒毒工作规定》确定了劳教戒毒模式的内容,包括劳教戒毒管理职责、场所建设、经费保障、对戒毒者的管理、治疗和教育工作。具体操作措施主要包括戒毒者入所、日常管理、戒毒治疗、康复教育、出所的流程。

戒毒劳动教养管理所集中收容戒毒劳动教养人员。劳教戒毒的日常管理措是:严格检查入所的戒毒劳动教养人员所带物品,防止毒品、注射器、针头等违禁物品的流入,并进行体检,有条件的进行艾滋病检测。向戒毒劳动教养人员宣布劳动教养戒毒的有关规定和纪律。戒毒劳动教养人员应当遵规守纪,服从管理,配合治疗,接受教育。人民警察应当对戒毒劳动教养人员的宿舍、物品进行检查,防止传递、藏匿毒品、现金、注射器、针头及其他违禁物品。戒毒劳动教养人员可以与其配偶或者直系亲属会见。戒毒劳动教养管理所、戒毒大(中)队应当采取周密的安全防范措施,防止发生戒毒劳动教养人员伤亡、逃跑事故。对因毒瘾发作可能出现自伤、自残或者实施其他危险行为的戒毒劳动教养人员采取保护性措施。劳教戒毒治疗措施是:劳动教养管理所根据收容规模设置戒毒医院或者卫生所。医院或者卫生所应当配备有相应专业知识和水平的医务人员,设置专门的戒毒病床和设备。对戒毒者逐人建立医疗档案,根据戒毒劳动教养人员入所时的戒断症状和尿检结果,对其进行分阶段管理和治疗,主要分为急性脱毒期、康复治疗期和巩固期。生理尚未脱毒,尿检呈阳性的戒毒劳动教养人员,进行脱毒治疗,时间 14 至 21 天。处于急性脱毒期和康复期的戒毒劳动教养人员不予放假,不得办理所外执行和试工、试农、试学,一般不予准假;急性戒断症状已基本消失、尿检呈阴性的戒毒劳动教养人员,开展康复,进行入所教育,参加适度劳动,同时治疗并发症,时间 2 至 6 个月。对处于康复期的戒毒劳动教养人员的生活给予适当照顾,伙食费标准应当高于普通劳动教养人员平均水平。处于急性脱毒期、康复期的戒毒劳动教养人员,根据其日吸毒量、健康状况、临床反应等情况,制订脱毒和身心康复治疗方案。身体已经康复的戒毒劳动教养人员进行心理矫治,进行道德、法制、文化教育和职业技能培训,组织开展文体活动和参加习艺性劳动,控制其因精神依赖产生的复吸欲望,时间至期满解教。劳教戒毒的教育措施是:教学策略注重区别对待处于不同管理、治疗阶段的特点,制订有针对性的教育计划、教学内容,保证教学时数;教学方式采取共同教育与分类教育,所内教育与家庭、社会帮教,课堂教育与多种形式教育相结合的形式,如可以邀请解除劳动教养后不再复吸的典型人员介绍戒除毒瘾的经验、做法,树立榜样力量,增强戒毒劳动教养人员戒除毒瘾的信心,还可以针对戒毒劳动教养人员的不同情况,加强个别

教育,开展心理矫治工作。

（三）自愿戒毒模式规则

我国的自愿戒毒主要应由当地政府统一规划建设,目前主要由各地精神病医院和单纯戒毒的医疗机构承担,强制戒毒所也可以接受自愿申请的戒毒人员。医疗机构的戒毒实行收费制度,1996 年卫生部《戒毒医疗机构验收标准》规定,戒毒治疗工作的负责人及主要卫生技术人员必须是本单位在职人员,并报省级卫生行政部门备案,戒毒治疗工作的负责人应具有主治医师以上技术职称,并从事精神卫生专业工作 5 年以上。按照《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》治疗吸毒者,吸毒者必须接受不少于 1 个月的戒毒与康复治疗。治疗还包括开展健康教育、法制教育、吸毒危害教育和心理康复工作。

三、我国《禁毒法》颁布前的三种戒毒模式评价

（一）主要优势

我国《禁毒法》颁布前主要采取强制戒毒、劳教戒毒为主,自愿戒毒为辅的三种戒毒模式并存的禁吸戒毒模式格局,以法律法规规定的形式在全国范围内统一规范戒毒措施、统一管理标准,建立全国戒毒一体化的大禁吸戒毒格局,其优势主要表现在:第一,禁吸戒毒模式由法律、法规确定,由国家强制力保证,大大增强了其执行性,在全国范围内能有效推行。以法律规范的形式开展戒毒,避免了操作中的失误和不公平。第二,以强制戒毒、劳教戒毒为主的集中强制戒毒模式奠定了我国对禁吸戒毒的行政定性,表明我国对吸毒行为的严厉态度和禁绝毒品的决心。同时,否定了吸毒行为的犯罪化倾向,对吸毒人员采取强制戒毒治疗及教育管理、康复等一系列措施,以自愿戒毒模式为补充,体现了对吸毒人员持宽严相济、拯救为主的思想,蕴涵一定的戒毒科学认识,为我国禁吸戒毒的深化做了有益的实践探索。第三,从强制戒毒和劳教戒毒的实际运行情况分析,强制戒毒和劳教戒毒分别在三个月至一年和一至最长四年的过程中对吸毒人员进行限制人身自由的治疗、教育和劳动康复,使吸毒人员保持脱离毒品的客观状态,不仅帮助吸毒人员恢复了身体健康,而且减少了社会面上对毒品的需求,萎缩了毒品供应市场,减少了与毒品相关的违法犯罪人数和发案率和与吸毒相关

的传染性疾病的传播。第四,三种戒毒方式的运行规则明确,已经具备了模式的基本特征和作用,设计了禁吸戒毒完整的流程,考虑了戒毒的可操作性,便于在全国范围内推行,为当时禁吸戒毒历史条件下遏制毒品危害发挥了重要作用。

(二)我国原有的禁吸戒毒模式弊端评述

在实践中,我国原有的禁吸戒毒模式凸显出不足,戒断效果难以保持。随着禁吸戒毒工作的逐渐深化,我国对禁吸戒毒工作的研究也多方面展开,对毒品危害和戒断规律的认识逐步提高,反思原有禁吸戒毒模式存在的不足有更多理性思考。我们认为,我国原有禁吸戒毒模式困境包括以下几方面:

1.我国原有禁吸戒毒模式缺乏模式化构建的系统思路,主要体现在没有形成科学戒毒的理念,没有完整构建在科学戒毒规律指导下的禁吸戒毒模式。我国原有的禁吸戒毒模式不是以"戒毒"为核心价值建立,而是倾向于对毒品的禁止使用为目的,注重吸毒行为的违法评价,以强制戒毒的行政执法手段为主导,在强制过程中开展强行性戒毒。全国人民代表大会常务委员会《关于禁毒的决定》第一条规定:"为了严惩走私、贩卖、运输、制造毒品和非法种植毒品原植物等犯罪活动,严禁吸食、注射毒品,保护公民身心健康,维护社会治安秩序,保障社会主义现代化建设的顺利进行,特作如下决定。"禁止吸食、注射毒品只是戒毒规律中的局部规律,由此而构建的强制戒毒和劳教戒毒两种主要戒毒模式,辅之以自愿戒毒模式,由于没有遵循戒毒规律,三种戒毒模式各自为政、相互脱节,不能相互补充,缺乏戒毒规律逻辑联系,无法形成合力,造成戒毒资源重复投入,没有取得实效。禁吸戒毒统一的科学理念缺失导致各戒毒模式存在不同的戒毒立场,思路和立场的差异决定了三种戒毒模式的冲突。强制戒毒由公安机关负责,劳教戒毒是司法行政机关的职责,顾名思义这两种模式属于行政执法范畴,有国家强制力做保证,戒毒立场是禁止吸食毒品,因此着重对吸毒人员进行强制戒断,以行政强制的威慑和对吸毒人员人身自由的限制强行性隔绝吸毒人员接触毒品。这种高压态势容易造成戒毒逆反心理和对抗,致使吸毒人员期满解除戒毒后产生更强烈的觅毒意愿,导致复吸;或者采取自伤自残的暴力手段对抗戒毒。再次复吸的,又开始新一轮强制戒毒和劳教戒毒,反复多

次，使吸毒人员对戒毒产生悲观情绪，丧失戒毒信心，也影响到戒毒所管理民警的信心，恶性循环。自愿戒毒机构以营利为目的，没有设置相应的后续康复措施，戒毒的时间较短，多数只提供7至15天左右的药物脱毒治疗。而我国戒毒药物的研究较落后，有很大的局限性，难以保证戒断效果，自愿戒毒机构无权实施强制手段，难以对戒毒人员进行严格的管理，无法控制毒源流入戒毒机构，难以防范戒毒人员边戒边吸，复吸率非常高。有资料反映戒毒医疗机构的复吸率在95%以上[1]，据广州市禁毒办统计，广州市1996年年底有15间自愿戒毒所，戒毒时间仅为15—20天，复吸率几乎为100%[2]。自愿戒毒机构更多考虑戒毒收益，追求为戒毒人员提供最大便利以增强吸引力，久而久之，弊病横生。自愿戒毒机构管理松散混乱，成为吸毒人员的避难所，每当开展社会面的吸毒整治或者缺乏毒源时，吸毒人员就躲进自愿戒毒机构治疗，整治结束又出来复吸。另一种趋势是由于公安机关全员收戒力度加大，自愿戒毒所无人问诊，失去经济收入无法维持而关闭，自愿戒毒名存实亡。

2.戒毒模式设置不科学，强制戒毒和劳教戒毒之间没有戒毒科学规律的递进，只有对禁止吸毒的严厉程度的递进。现代医学研究结果揭示戒毒需要一个漫长、连续和科学递进的过程，完整的戒毒过程应包括生理脱毒、心理脱毒和回归社会三个阶段。强制戒毒和劳教戒毒作为两种重要的戒毒模式，包含着同样的戒毒环节，这个问题在前面我们已经做过总结，即入所、治疗、日常管理、教育、劳动康复，没有戒毒环节的科学递进，没有相应制度保障戒毒完整的功能性。两种模式之间只有时间长短的区别，强制戒毒期限三至六个月，最长可达一年。劳动教养的期限为一至三年，必要时得延长一年。虽然较之强制戒毒，劳教戒毒因时间更长而产生的威慑程度增强，但是存在这么几个无法解决的难题：首先，劳动教养有减期、提前解教等激励政策，吸毒人员在高压态势下都积极争取减期、提前解教，一般都会获得提前解教，但一旦解教后又陷入复吸，劳教戒毒的期限长的威慑优势与管理中的激励机制冲突；其次，三年戒毒期限仍不能达到科学戒毒所需的时间阶

---

[1] 林仕权：《试论戒毒的几个问题》，《青少年犯罪研究》1999年第2期。

[2] 姚建龙：《我国现行戒毒体系的反思与重构》，《青少年犯罪问题》2002年第3期。

段;再次,以时间长威慑吸毒人员戒毒是不符合戒毒规律的。世界上许多国家都曾实践以严厉的处罚措施来对付吸毒问题,但结果表明处罚的严厉和威慑无助于毒瘾的戒除。“越来越多的国家改变对待吸毒者以处罚为中心的传统立场,而将注意力转向帮助和促使吸毒者戒除毒瘾上。”[1]最后,强制戒毒和劳教戒毒两者性质相同、作用相同,一方面造成权力设置、机构建设重叠,重复投入,人力、物力、财力的资源浪费,另一方面有可能造成两个机构在建设投入、机构设置、职能分工、工作成绩等方面的混乱和攀比,不利于有效开展戒毒。

3.我国原有的戒毒模式在内部环节的设置方面不符合科学戒毒规律,戒毒模式的要素建设极度缺乏完整性和合理性。从医学角度来看,吸毒是一种长期反复发作的脑疾病,戒毒需要长期、反复和连续完整的医学治疗、心理康复和回归社会阶段。我国原有的三种戒毒模式在模式内部因素的建设方面存在不足,模式构建不完善。主要有以下几个方面:首先,戒毒模式的时间要素不合理。时间要素在戒毒模式中具有很重要的意义。我国原有戒毒模式不是以是否戒断的评估依据为衡量标准,而是一概以戒毒法定期限为标准决定戒毒时间。暂且抛开限制人身自由的时间合法性不论,我国在设定戒毒时间要素时并没有科学依据,从劳教戒毒最长四年到自愿戒毒最短一个月的时间要素分析,不同模式间的时间差异显著,虽然世界各国目前没有研究表明科学戒毒所需的确切时间表,但这么大的时间差别也足以引起我们的反思。对吸毒这种长期反复的脑疾病,我们应当考虑以不同的模式、更长的时间和周期连续共同完成长期性的戒毒。其次,我国关于医学戒毒的研究水平还不高,生理脱毒、心理脱瘾和康复的措施还较薄弱,还不能有效开展运用在戒毒模式中。再次,心理康复、劳动康复和教育等环节无法有效开展。法律规定了在强制戒毒和劳教戒毒中要运用心理康复和劳动、教育等方式戒毒,但是操作中存在很多问题。由于强制戒毒所和劳教戒毒所属于国家机关单位,干部体制阻碍了对开展心理康复需要的专业心理治疗师的选拔,使心理专家无法成为正式常设工作人员,管理民警不具备心理治疗的资格和专业能力,有限的民警也无法对数量庞大的吸毒人员开展

---

[1] 姚建龙:《我国现行戒毒体系的反思与重构》,《青少年犯罪问题》2002年第3期。

细腻严谨的心理治疗，存在明显的治疗能力不足；劳动康复方面的反思包括：TC 的成功经验启示我们，戒毒的成功在于帮助吸毒人员戒除心理依赖，融入社会，正常工作，健康生活。我国的强制戒毒所和劳教戒毒所实行封闭式强制管理，康复手段单一，军事化训练和劳动锻炼是康复的唯一手段。在一些吸毒严重的地区，民警一人管几十人的情况很常见，既负责管理又要保证安全，压力大任务重。民警主要是法律和公安专业，专业所限自身无法开展技能训练，虽然各强制隔离戒毒所和劳教戒毒所为此积极寻求康复劳动项目，但市场经济条件下，市场确定供求关系，康复劳动项目能否顺利发展有赖于项目是否选择正确、项目的经营管理能力等因素，强制隔离戒毒所和劳教戒毒所民警长期从事专业戒毒工作，不具备经营管理能力，也难以准确把握市场经济的供求关系，让强制隔离戒毒所和劳教戒毒所和民警全面承担康复劳动和技能培训，将这个康复职责作为戒毒环节设置在强制戒毒模式中是不合理的。而且，这种简单康复劳动不能产生专业行为矫正、情绪控制等心理、行为治疗的效果。经费压力和困难是目前戒毒模式最突出的问题之一，国家财政保障不足，戒毒经费紧张，日常生活费开支和吸毒人员戒除毒瘾、治疗疾病的医药费等都需要经费保证，大多数吸毒劳教人员都是一贫如洗，交不出生活费用，使强制隔离戒毒所和劳教戒毒所疲于应付每天的生活支出，从而导致康复劳动项目产生的收益成为支撑强制隔离戒毒所和劳教戒毒所正常运行的经济来源，使康复劳动背离初衷，以劳养所成为当务之急。市场经济的发展变化较快，技术更新加剧，目前强制隔离戒毒所和劳教戒毒所能够开展的劳动项目相对简单，大多属于劳动密集型的手工劳动，技术含量不高，生活技能的落后与社会发展的落差使戒毒所人员忧心忡忡，担心出所后的生存无着，学无所用，影响了劳动康复的积极性。另外，强制隔离戒毒和劳教戒毒与戒毒解除后回归社会的衔接突兀，没有中间过渡环节，戒毒期间的封闭式管理一旦解除，压力和强制消失，如果无后续支持，吸毒者易因前后“压力差”导致放纵，产生报复性复吸。

上述诸多不足导致我国以强制戒毒为主、劳教戒毒和自愿戒毒为辅的戒毒模式无法保证戒毒效果和彻底解决戒毒问题。1990 年全国登记报道的吸毒人员为 7 万，1991 年为 14.8 万人，2000 年为 86 万人，至 2003 年年底，全国吸毒人员数高达 105 万人，2005 年达到 116 万人。根据对“1990—

1993 年收治的 8,000 名吸毒者的调查,综合复吸率为 85%,而另外 15%并非都是戒除了毒瘾,其中吸毒致死、继续吸毒并以获取毒资为目的进行犯罪的占了相当一部分比例"❶。广西强制戒毒劳教所 1997 年对 1995 年以来两市、三县解教人员的调查,3 年以内解教人员的综合复吸率为 75%;云南省第一劳教所连续多年的跟踪调查表明,该所解教人员的复吸率一般在 85%左右或略高。❷ 这些数据显示,我国的禁吸戒毒模式成效甚微,亟待反思重构。我们认为,我国以法定方式确定禁吸戒毒模式的做法是值得肯定的,便于确立禁吸戒毒模式的规则体系,在全国范围内统一开展。但是,禁吸戒毒模式还有待完善,重新反思和构建我国禁吸戒毒模式必须建立在对戒毒规律和科学认识基础之上,以模式化的系统要求全面思考,按照戒毒阶段的功能和目的设置合理化的可操作性模式,完善模式中各环节和要素,形成适合发展要求、符合戒毒规律的禁吸戒毒模式。

四、《禁毒法》颁布前我国部分省区地方性禁吸戒毒模式及述评

(一)社会帮教模式

包头市曾因土制海洛因泛滥而引发吸毒问题,是内蒙古自治区的禁吸戒毒重点地区。自 1994 年以来,包头市委、政府部门和各界群众下大决心肃清毒害,通过认真调查研究,找准问题,思考对策,开展了有针对性的禁吸戒毒工作,积累了丰富的经验,逐步形成了全社会共同参与、综合禁毒的"包头模式"。禁吸戒毒方面的具体做法包括:全市有关单位按照分管任务落实禁毒责任制,把禁毒责任分解落实到社区内的各个单位和每个人;在全市展开对涉毒人员的全面摸底调查,奖励举报吸毒人员,将吸毒人员全部登记在册并纳入禁吸戒毒工作,分类定性,采取相应的管理措施,凡实施犯罪行为的,一律依法判决;新吸毒的人员,一律决定实施六个月强制戒毒;被发现复吸的人员一律决定实施三年的劳动教养戒毒;已经解除戒毒的人员一律纳入社会帮教;失控在外的吸毒人员,一旦发现回来就马上传唤。为了规范社会帮教工作,制定了《包头市吸毒人员戒毒社会监控管理办法》。社会

---

❶ 何飞:《"毒瘾"为何难戒》,《中国青年报》1997 年 5 月 8 日。

❷ 郭建安、李荣文著:《吸毒违法行为的预防与矫治》,法律出版社 2000 年版。

帮教的措施如下:以街道办事处或村委会为主体,建立由派出所片区民警、街道办事处或村委会、帮教对象原单位、社区内离退休老干部组成的关心下一代成长委员会共同组成的"四位一体"的社会帮教工作小组,对本辖区的吸毒人员建档管理,展开以不定期探望、访谈、关心帮助为主要内容的帮教活动,积极帮助戒毒出所人员解决生活、工作方面的具体困难,尽量消除戒毒人员在就业、升学各方面受到的歧视,帮助戒毒人员回归社正常社会生活,巩固戒断效果。同时,制定了定期尿检制度,对解除戒毒一年以内的吸毒人员须每两个月尿检一次,解除戒毒一年至三年的吸毒人员须每三个月尿检一次,解除戒毒三年以上的吸毒人员须每六个月尿检一次;以禁吸戒毒和帮教为突破口,开展创建"无毒社区"活动,不断扩大"无毒社区"的覆盖面,最终在各县和全市实现无毒目标。据资料显示,到2000年,"该市共建立帮教小组2,169个,对2,000多名吸毒人员全部落实了帮教措施,一年以上的戒断巩固率达到70%以上;已建成'无毒社区'1,436个,占社区总数的90.2%"。[1] 把强制戒毒与帮教巩固有机结合起来,将戒毒支持体系延伸到吸毒人员的生活工作环境中,形成了禁毒委统一指挥、政府职能部门分工负责、纵深到最基层社会单位和群众共同参与的社会立体监控帮教网络,构建起一种以强制戒毒和劳教戒毒为主,社会帮教监控巩固、创建"无毒社区"为目标的综合治理戒毒模式,取得了较好的成效。1997年5月11日,包头市委、市政府向全市和全国宣布,包头市已经实现"社会面基本无吸毒人员"。云南、广西、贵州等省、自治区也于同时期在行政辖区内全面实践社会帮教网络、创建"无毒社区"的活动,创新了我国禁吸戒毒模式,取得了较好的社会效果。这几个省的实践证明"无毒社区"是持久开展禁毒斗争的重要阵地,立体帮教网络开展社会帮教,创建"无毒社区"适合我国禁吸戒毒的需要,符合动员全民、全社会共同参与禁吸戒毒综合治理的战略要求。1999年,国家禁毒委员会在全国范围内推广包头等地的先进经验,部署开展创建"无毒社区"活动,将这些经验推广成为一项全国性的禁毒活动,把禁吸戒毒各项目标、措施和责任落实到社区组织、公安派出所等基层组织,旨在将政府的禁毒行为扩大为全社会的行为,动员全社会的力量,开展对戒

[1] 中华人民共和国国务院新闻办公室:《中国的禁毒》2000年6月。

毒人员回归社会后的继续帮教工作，逐步扩大“无毒社区”的范围，积小区为大区，最后覆盖全国，实现全国“禁绝毒品”的目标。

（二）海南大型康复农场戒毒模式

海南省公安机关在多年的禁吸戒毒工作经验的基础上，积极探索戒毒康复新模式，充分调研云南、福建等地戒毒康复的先进做法，制定“自愿为前提、安居为条件、生产为平台，回归为目标”的思路，以“管理军事化、治疗医院化、教育学校化、康复劳动化、环境园林化”为目标，逐步形成了戒毒、训练、劳动康复和心理矫正为一体的大型戒毒康复农场模式。三亚市戒毒康复农场已经被公安部和国家禁毒委确立为全国重点戒毒示范基地，目前，全省正在逐步深化发展康复农场戒毒模式。分析考察海南康复农场戒毒模式，主要有以下几方面的经验：

第一，康复农场戒毒模式符合科学戒毒规律。我国强制戒毒为主的戒毒模式不够全面，强制戒毒在帮助吸毒者身体脱毒方面很成功，但身心康复工作没有有效开展，致使吸毒人员从强制戒毒所回到社会后，后续康复工作跟不上，导致很快重复吸毒。康复农场戒毒模式依托强制戒毒的前期生理脱毒，创建戒毒康复农场无毒环境，延长戒毒人员脱离毒品和毒友环境的时间，组织出所后自愿留场人员在此参加各类劳动和学习，既对学员进行劳动锻炼，强身健体，又学习生产劳动的技术技能，同时，取得一定劳动报酬，积累生活创业资金，在体能、心理、生存技能和资金等方面为回归社会创造条件。

第二，康复农场戒毒模式解决了戒毒人员的就业困境。吸毒人员强制戒毒期满解除戒毒后直接回到社会，受到就业等各方面的歧视是一个客观事实，他们面临的生存压力很大。吸毒人员由于具有吸毒的违法行为，加之人格不成熟、抗挫折能力较低等心理原因，很难靠自己争取平等的就业机会，这种现实非常不利于巩固强制戒毒的成效，支持戒断毒瘾。康复农场戒毒模式为戒毒人员提供了就业机会，使他们免受就业歧视，保证基本的生存条件。当然，戒毒人员对康复农场戒毒模式存在一些疑虑，认为康复农场戒毒模式是一种变相的限制自由的戒毒模式。海南康复农场通过深入的宣传教育，动员戒毒人员强制戒毒期满后留场就业，市政府每年拨出专项经费，保证留场人员每人每月 220 元的最低生活补贴，并给每人办理医疗保险和

人身意外伤害险,免去了他们的后顾之忧。经过实践和就业,戒毒人员逐渐消除了顾虑,放心地在康复农场就业生活,通过劳动锻炼,实现对身心康复和戒断巩固,也获得稳定的就业机会。资料显示,海南康复农场的留场就业人员 2009 年人均月收入已经达到 800 元。

第三,生产劳动项目的选择科学。三亚市戒毒康复农场自 2004 年 7 月开始启用,总面积 1,963 亩,建筑面积 7,118 平方米,可以同时容纳 720 人入场戒毒,引进了养殖、种植和工业等劳动项目,初现规模化发展趋势。目前已拥有 1 个千头养猪场,两座大型沼气池,10,000 平方米兰花种植大棚,2,000 平方米的手工来料加工场,20 亩蔬菜种植基地,一条生产加工环保电子节能灯的生产线,达到肉菜基本自给自足。

第四,各级领导高度重视。三亚戒毒康复农场的建设得到了中央、公安部和省、市领导的高度重视和关心、支持。2006 年 5 月,周永康部长到戒毒康复农场视察;2007 年 1 月 1 日,中共中央总书记、国家主席胡锦涛对三亚戒毒康复工作作出"要一抓到底,务求实效,总结经验,以点带面"的重要批示;2007 年 4 月,国家禁毒委副主任、公安部副部长张新枫到农场视察后,对戒毒康复农场建设给予充分肯定,确定将三亚戒毒康复农场作为国家禁毒办、公安部的示范工程,并指示要把戒毒康复农场"规划好、建设好、管理好";2007 年 7 月 16 日,海南省委书记卫留成在三亚主持召开全省戒毒工作座谈会,深入推进三亚戒毒康复农场建设。中央、省有关部门和市委、市政府不断加大投入,大力支持戒毒康复农场建设。2006 年以来,在原有建设规模基础上又先后下拨 3120 万元投入戒毒康复农场生产和生活设施建设。各级领导的高度重视和多方的大力支持,确保了戒毒康复农场建设的顺利进行。

(三)上海社会工作模式

上海市 2003 年开始在禁吸戒毒领域实施禁毒社会工作模式,立足上海的戒毒工作现状和戒毒社会资源,引入社会工作的理念和方法,进行了戒毒制度创新,用专业化的社会组织来开展戒毒人员的康复巩固。上海市戒毒社会工作模式的总体思路是"政府主导推动,社团自主运作,社会多方参与"。所谓"政府主导推动"是指戒毒社会工作模式由政府决策并推行。上海市禁毒办、上海市社区矫正办、上海市社区青少年事务办分别与上海自强

社会服务总社、新航社区服务总站、阳光社区青少年事务中心三家社团签订了《政府服务采购合同》，以每个社工4万元的标准，购买社工的社区戒毒服务。“社团自主运作”是指由上述社团自行制定管理章程、戒毒工作规则、工作程序等制度组织开展戒毒社会工作，招聘和培训社会工作者，使之具有禁毒和社会工作的科学知识、方法和技能。具体的工作可以描述为：各社会服务总站在各区设置服务工作站和社工点，以街、镇为单位，按照1∶50的工作任务，按照个案管理的方法开展工作。工作程序首先是“找案”，即先从公安机关和社区等机构获得资讯资源，搜集案主资料，建档管理；其次是根据案主药物滥用情况及不同需要设计多层次的介入策略，以平等、尊重、接纳为原则接触案主，与案主建立起基本信任关系；最后，帮助案主解决如就业、就医、低保、劳动技能培训、户口、子女入学、经济等一些实际问题。对戒毒人员提供生活关心、戒毒康复帮助、就业指导、法律咨询服务、心理辅导和尿检督促等戒毒服务。围绕个案管理的戒毒服务，运用小组社会工作、家庭专业工作方法、社会工作行政等社会工作方法，开展丰富多彩的服务子项目，进一步探索心理矫治的方法，加强对戒毒人员提供心理、行为的服务，如上海自强社会服务总社网站上记录的女子戒毒沙龙、爱心支教、康复社、“健康体检伴你行”、亲子平行治疗小组、“戒毒人员心桥工程”等。帮助支持戒毒人员克服困难，巩固戒毒成果，恢复正常的社会功能，逐步融入社会。“社会多方参与”主要体现为凭借政府及职能部门的权力和经济水平，汲取社会工作领域中学者的理论研究成果，购买社会组织和社工的服务，依托基层政权的社会综合治理的人力和资源，广泛开展工作。目前，上海戒毒社会工作模式的开展非常活跃，社会工作者付出了极大的努力。2005年，全市419名戒毒社工共提供服务46,944人次，个案管理9,226人，成功推荐就业1,255人；2006年，490名社工共提供服务82,961人次，个案管理9,303人，成功推荐就业2,021人；2007年度，467名社工共提供服务86,499人次，个案管理11,859人，成功推荐就业1,283人；2008年，535名社工共提供服务108,507人次，个案管理8,341人，成功推荐就业1,387人[1]。从数

---

[1] 胡鹏、王竞可、冷宁：《关于社区戒毒和社区康复实施体系的探讨》，《云南警官学院学报》2009年第3期。

据显示的情况分析，上海的戒毒社会工作模式不断发展，社工的从业人数逐步增加，人员巩固情况较好；服务人次大幅提高，从五位数上升至六位数，显示了社工服务水平不断提高；成功推荐就业人数累计至5,946人，说明职业培训是有效的，也对戒毒人员产生了较好的示范作用，促进他们增强戒断毒瘾、融入社会的信心，取得了良好的戒毒巩固效果。

（四）北京“向日葵治疗社区”模式

2003年10月，北京市公安局安康医院戒毒中心引进美国TC戒毒模式，建立“向日葵治疗社区”，实践探索“居住治疗”戒毒模式。“向日葵治疗社区”以“相信人是可以改变的”为基础文化理念，集体生活，共同劳动。营造“尊重、平等、关爱”的治疗氛围，制定内部规章，实行等级制度，倡导戒毒人员遵守规章、自我管理、互相关心，开展同伴教育、日常劳动、对质会、碰撞会等集体活动，辅之以管理人员专业心理辅导。每周由激励组对戒毒者进行监督，增强戒毒者适应社会、应对压力的能力，树立戒毒信心。“从2003年至2007年，‘向日葵社区’戒毒人员的半年未复吸者达47.3%，一年未复吸者达28.3%。”[1]

（五）武汉狮子山戒毒模式

这是由湖北武汉市狮子山强制戒毒所探索的强制戒毒工作创新机制。狮子山强制戒毒所经过研究和实践，总结推行“五大矫治”的戒毒模式：一是生理矫治，对强制戒毒所的戒毒人员进行生理脱毒后，制订体育锻炼计划，每天必须完成包括立定跳远、俯卧撑、仰卧起坐、50米往返跑的运动项目，增强戒毒人员体质，磨炼意志。二是思想矫治，主要通过管理人员集中讲授和共同学习等方式，强化戒毒人员对毒品危害的认识，树立正确的人生观。狮子山强制戒毒所认为，思想矫治是戒毒的治本之策。三是心理矫治，狮子山开设团体心理辅导训练课程，让戒毒人员充分倾诉吸毒历史和戒毒痛苦经历，通过集体讨论等心理学方法，逐步矫治戒毒人员的反社会吸毒行为。四是行为矫治，以军事化纪律训练进行习惯养成，塑造良好行为习惯。五是开展社区矫治，把即将解除强制戒毒的人员提前放回社区，由社区接管，强制戒毒所参与，与社区联合开展帮教工作，缓冲回归社会的压力。狮

[1] 《北京推广“向日葵社区”戒毒模式》，《光明日报》2007年6月25日。

子山强制戒毒所的调查统计结果是,“该所三大队戒毒人员复吸率下降了近30%”。[1]

（六）浙江温岭“海上戒毒法”

浙江温岭石塘镇渔业经济发达,当地渔民一年出海打鱼一般不少于八个月,这期间吃住在渔船上,船不靠岸,是一个天然隔绝毒品的环境,打鱼劳动对戒毒者是一种康复锻炼。2004年,当地一名船老大将吸毒的儿子送到远洋船上出海打鱼劳动而戒断毒瘾,这个个案启发了当地边防派出所和石塘镇党委政府,决定探索和推广海上戒毒法。依托当地渔业经济的特点,结合戒毒目的,利用远洋出海打鱼的机会,对吸毒人员开展戒毒和康复。制定了《涉毒人员入船审批手续和程序》、《海上禁毒帮教船职责制度》,完善“海上戒毒法”。具体规范是:将戒毒人员安排一对一在渔船上,与船老大签订帮教协议,由船老大和其他船员承担戒毒和帮教工作。在出海过程中,照管吸毒人员生理脱毒阶段的安全,脱毒后逐步安排劳动康复,平时注意观察,通过交谈鼓励坚定戒毒意志。2005年,在12艘渔船上组建了首批“海上戒毒诊所”,后来签约“海上戒毒诊所”的渔船发展到150余艘。目前,“海上戒毒法”“使126名吸毒人员成功戒毒”。[2]

（七）民间戒毒模式

1.戒毒“爱心屋”

2002年由成功戒断毒瘾的贵州吴国顺、余红方夫妇在贵阳市委市政府及有关单位的支持下开办了戒毒“爱心屋”,接受自愿戒毒人员,以“自愿戒毒、自我管理、扶持引导、健康发展”为基本立足点,从开展戒毒热线到开办“戒毒谈心屋”,建立“戒毒爱心屋”。注重心理关怀,以自身的戒毒经验帮助各地深受毒瘾危害的吸毒人员戒断毒瘾,开展同伴教育,向社会宣传毒品危害,提高戒毒人员的社会价值感和责任感,增强戒毒信心。“据统计,2003年以来,先后有200多名自愿戒毒者在这里接受心理治疗后走向社会,经过跟踪调查和尿检,有60多人彻底戒断毒瘾,其他的正在巩固。”[3]

---

[1] 胡新桥、余飞:《“毒根心魔”如何一步步铲除　解构湖北“狮子山戒毒法”》,http://www.legaldaily.com.cn,2008年6月26日。

[2] 于陶明:《温岭打造“海上戒毒诊所”》,《人民公安报(电子版)》2008年8月11日。

[3] 《“戒毒爱心屋”点燃新生的希望》,中国警察网。

2.农耕戒毒法

2004年,深受毒品危害的郑州市民王江希望以自身戒毒经验影响更多的吸毒人员,帮助那些有意愿戒除毒瘾的人们。经过准备,在郑州市马寨镇石龙潭村租了300亩耕地,建设了部分居住和生活设施,接受自愿戒毒人员共同生活,以参加农耕生产地方式进行戒毒和劳动康复。戒毒人员自耕自收,在农场无毒环境中互相鼓励,开展同伴教育和其他心理辅导,达到戒断毒瘾的目标。

考察《禁毒法》颁布前我国部分省区禁吸戒毒模式,我们认为,针对禁吸戒毒工作,各省都在积极探索和实践各具特色的模式,深化本地的禁吸戒毒工作,注重提高戒毒模式的实效性。这些探索和实践,虽然没有明确的法律和制度依据,但它们是我国主要禁吸戒毒模式的重要补充,在我国禁吸戒毒模式的完善和发展过程中具有非常高的实践价值,从特征来看,这些不同戒毒模式还是具有很多启发性的共同点,突出体现在以下几个方面:

第一,注重戒毒模式的科学性。各种戒毒模式在探索中都以遵循戒毒的科学规律为根本理念,认真反思我国以强制戒毒为主的戒毒工作理念的不足,转变观念,积极探索以戒毒为核心价值的新模式。客观认识吸毒人员的社会定位,视吸毒人员为违法者、受害者和特殊病人,坚持教育和挽救吸毒人员,形成科学戒毒理念为指针的模式内部运作机制,以制度的载体保证戒毒模式的正常运行。

第二,戒毒模式的完整性。各种戒毒模式的构建主要着眼于弥补我国以强制为主、注重生理脱毒的戒毒模式的不足,针对强制戒毒模式后续监管、身心康复和回归社会等薄弱环节进行探索,积极完善生理脱毒的后续照管和康复模式。“包头帮教模式”、“海南大型康复农场戒毒模式”、“上海社会工作模式”等都是对强制戒毒模式的延伸。在模式内部机制建设方面,注重增强人性化关怀,增强理解、关爱和帮助,增强戒毒模式中的心理治疗和心理康复等专业化措施,增强劳动康复、就业培训等内容,增强戒毒模式的吸引力,创造良好的戒毒环境,使强制戒毒模式的效果得到延续和巩固。

第三,戒毒模式因地制宜的资源整合特征。各种戒毒模式带有显著的

地域差别，这昭示着我国不同地域的社会内部存在着丰富的戒毒资源，各种模式的出现正是这种因地制宜资源整合的探索结果。如“包头帮教模式”依托当地长期建设的社会治安综合治理网络承载禁吸戒毒的心理康复和回归社会功能；“海南大型康复农场戒毒模式”运筹了资金、政策、劳动项目、康复医学、大型场所等的资源”；“上海社会工作模式”充分运用了上海雄厚的经济实力、成熟健全的社区功能、相对完善的社会保障制度和市民的高素质等资源；“虎日”模式、“海上戒毒法”等模式主要借助民间文化和伦理传统等的社会资源。每一种模式在构建时，都立足于本地禁吸戒毒实际，充分地挖掘整合了当地有益的戒毒资源，因地制宜，合理利用，形成合力，取得了地域性戒毒的成效，构建了具有地域资源特征的戒毒模式。

第四，注重戒毒模式的实效性。各种戒毒模式以是否能够有效戒断为衡量标准，在模式理念、运行规则等的设计实施时，注重戒毒实效，并跟踪评估和统计，根据实效逐步深化和创新工作机制，求真务实。

第五，戒毒模式多元化配置特征。通过对我国各地戒毒模式的整理回顾，我们认识到，各地戒毒模式在探索发展中出现了一个重要的趋势，即视戒毒人员的戒毒需求，多元化构建戒毒模式，区别适用于不同的戒毒人员，实现多元化戒毒模式和不同需求戒毒人员合理配置的情况。如“上海社会工作模式”的个案管理，即是针对具体“案主”的特殊性策划工作方案；“戒毒爱心屋”针对有强烈戒毒意愿、需要外界帮助的吸毒人群；“海南大型康复农场戒毒模式”针对强制戒毒解除后自愿留在康复农场就业的戒毒人员而创设；“包头帮教模式”针对强制戒毒解除后回到社会和家庭中生活的戒毒人员设置。我们认为这是戒毒模式非常科学合理的一种发展趋势。我国各地吸毒情况日趋严峻，吸毒人群逐步增多，禁吸戒毒压力增大，面对这种戒毒形势，强制戒毒、劳教戒毒和自愿戒毒三种模式可提供的戒毒资源十分有限，各地利用当地社会蕴涵的戒毒资源，多元化构建禁毒模式，可以满足不同戒毒需求，将有限的戒毒资源有的放矢于不同的戒毒人员集中使用，满足不同戒毒人员的戒毒愿望和多样性需求，避免不同频率、不同需求的戒毒人员相互影响，促进戒毒人员的全面进步。

第五节　《禁毒法》颁布前云南禁吸戒毒模式实践与探索

2008 年 6 月 1 日《禁毒法》的颁布实施是禁吸戒毒工作的重要分水岭，自此，云南禁吸戒毒模式面临全新的构建和发展，对原有戒毒模式开展资源整合。但是，《禁毒法》颁布实施前云南省的禁吸戒毒模式不能全盘否定，这是违背规律的，新型戒毒模式的构建必须建立在原有禁吸戒毒模式的基础上。客观看待《禁毒法》颁布实施前的云南禁吸戒毒模式是构建新型禁吸戒毒模式的科学态度，既能汲取原有模式的可行经验，继承发展，也能凭借这个机遇完善工作机制，全面构建云南省禁吸戒毒模式。

一、《禁毒法》颁布前云南禁吸戒毒模式基本背景与内涵

世界毒源地"金三角"每年贩运的海洛因占世界总量的 70%—80%，云南受"金三角"的毒品过境影响，毒品危害严重，境外毒源对云南的威胁不断加剧，"多头入境、全线渗透"的严峻态势难以在短期内改变，被云南省查获的过境毒品量和涉毒案件逐年上升。1982 年至 2002 年的 21 年间，云南省总计破获毒品案件 11 万余起，缴获毒品 107.2 吨，其中海洛因等精制毒品 50.7 吨，鸦片 54.1 吨，冰毒 2.4 吨，查获各类非法易制毒化学物品 1,922 吨，缴获的海洛因总量占全国海洛因缴获总量的 80%左右，缴获的鸦片总量占全国缴获总量 60%—70%。自 2001 年以后，查获毒品过境量每年都在 10 吨以上，2001 全省年缴获毒品 10.23 吨，2004 年缴获毒品 10.68 吨。2001 年至 2004 年间，全省共查破毒品案件 5.9 万起，缴获毒品 39 吨，抓获毒品犯罪嫌疑人 7.3 万名。查获的过境数毒品量和涉毒犯罪案件数反映出云南省禁毒工作的压力和毒品危害的严重程度。自 20 世纪 90 年代起，云南省吸毒形势急剧严峻，全省 128 个县市区中，有 104 个县有吸毒人员，吸毒县占全省县市区总数的 82.8%，其中 13 个县市吸毒人数超过千人。1990 年，全省吸毒人数猛增到 5.7 万余人，占当时全国现有 7.8 万吸毒人员总数的 74%。面对如此严峻的毒品危害，1990 年 12 月 20 日，江泽民同志指示："现在不把贩毒吸毒问题解决掉，从某种意义上说，是涉及中华民族兴衰的

问题，这不是危言耸听，必须要提高到这样的高度来认识。”自此，云南省委、省政府高度重视，领导全省开始了禁吸戒毒的艰苦斗争，付出极大的努力，在禁吸戒毒领域，取得了卓著的成效。至2002年年底，全省现有吸毒人员40,033名，比1990年吸毒人员高峰期减少15.5%。2005年我国现有吸毒人员为79.1万人，云南省现有吸毒人员6.2万人，仅占全国现有吸毒人员总数的8%。2005年全国现有吸毒人员总数比1990年上升了10多倍，云南的吸毒人员一直紧紧控制在4万至6万之间，充分说明云南省通过不懈努力，吸毒人员总量得到了有效的控制，吸毒人数上升的迅猛势头被遏制了，禁吸戒毒工作产生了显著效果。特别是自2005年以来，禁吸戒毒工作实现重大突破。

我们总结，云南省近期以来禁吸戒毒主要的成效有以下几方面：第一，全省吸毒人员总数下降。2004年全省有吸毒人员68,172人，2005年全省有吸毒人员62,287人，同比下降8.63%，2006年全省有吸毒人员57,908人，同比下降8.6%。2007年全省有吸毒人员共51,129人，比2006年减少6,779人，同比下降11.7%。第二，全省新增吸毒人员逐年下降。2005年新增吸毒人员5,784人，其中新滋生的吸毒人员共1,124人，隐性吸毒人员共4,660人；2004年同期发现新增吸毒人员11,581人，其中新滋生吸毒人员2,770人，隐性吸毒人员8,811人，与2004年同期发现新增吸毒人员相比，2005年的新增吸毒人员减少了5,797人，同比下降50%。2006年发现新增吸毒人员2,129人，其中新滋生吸毒人员509人，隐性吸毒人员1,620人，比2005年减少3,655人，同比下降63.2%。2007年新增吸毒人员1,259人，其中新滋生338人，隐性997人，与2006年同期发现新增吸毒人员2,129人相比，减少了870人，同比下降40.8%。第三，吸毒人员戒断巩固数逐年增加。2004年全省戒断巩固三年以上的吸毒人员总数有19,604人，2005年全省戒断巩固三年以上有24,707人，与2004年全省戒断巩固三年以上的吸毒人员总数相比上升了26%；2006年全省戒断巩固三年以上有26,774人，与2005年全省戒断巩固三年以上的吸毒人员总数相比上升了8.4%。第四，全省吸毒人员的人口百分比下降。1990年云南全省人口总数为3,697万人，全省吸毒人员总数为5.7万余人，2005年全省人口总数达4,450.4万人，全省现有吸毒人员为62,287人，16年间云南省人口总

数增长了753.4万人,而现有吸毒人数仅增加了4,500人。1990年全省吸毒人员数占全省人口数的比例为万分之15.6,2005年年底全省吸毒人员数占全省人口的比例为万分之13.99。可见云南省吸毒人员的绝对数上升了,但所占全省人口比例下降。这些数据显示,2008年《禁毒法》颁布实施之前,云南省的禁吸戒毒工作卓有成效,现有吸毒人员总数、新增吸毒人员总数和全省吸毒人员的人口百分比三个指标下降表明吸毒总人数在减少,说明一方面是预防教育奏效,全省人民对毒品危害的认识加强,抵御毒品的自觉性提高;另一方面,戒毒工作奏效,吸毒人员的戒断人数增加,吸毒人员戒断巩固数逐年增加显示出云南省社会帮教工作的措施的有效性。

从全省的情况看,在省委、省政府的正确领导和高度重视下,在省禁毒委的统一部署下,全省人民勇挑重担,各级职能部门忠于职守,大力开展了禁吸戒毒工作各个方面的建设和创新,不断深化禁吸戒毒工作,经过近30年的探索和努力,云南省禁吸戒毒模式可概括为:省禁毒委统一领导,以《关于禁毒的决定》和《云南省禁毒条例》等法律法规为依据,以强制戒毒为主导、劳教戒毒为辅、自愿戒毒为补充,解决生理脱毒为前提,大力发展戒毒康复、动员全社会参与创建"无毒"工作和社会帮教戒毒,以拯救吸毒人员及家庭、着力帮助戒毒人员回归社会为目的的禁吸戒毒专项工作和禁吸戒毒人民战争相结合的禁吸戒毒模式。

二、《禁毒法》颁布前云南禁吸戒毒模式的特征

《禁毒法》颁布前云南省的禁吸戒毒模式主要有以下几方面的特点:

1.全局性

云南省禁吸戒毒模式具有全局性,主要体现在:第一,云南省的禁吸戒毒工作一直立足于全国禁吸戒毒工作的全局需要。云南省处在全国禁毒斗争的最前沿,是我国禁吸戒毒工作的主战场,云南省的禁毒成效不仅关系到全省社会稳定和发展,关系到人民群众的生命健康,还直接关系到我国禁毒总目标的实现,关系到国家的社会、经济发展和安全。为此,云南省始终保持对毒品违法犯罪严管重治的高压态势。开展了"边境一线堵、内地二线查、出省三线截"的三道防线、全警联动、相关部门积极参与、全线出击的堵源截流工作机制,破大案、打毒枭、摧网络、断通道,就是要最大限度地将毒

品封堵在境外。严惩坐地销售商和零星贩毒活动，实行全员收戒吸毒人员，凡是发现吸毒人员一律送强制戒毒，凡是发现复吸的一律送劳教，净化社会，实施社会帮教，努力提高戒断巩固率，拯救吸毒人员及其家庭，萎缩毒品消费市场。全力推进境外毒品替代种植工作。这些工作都是立足于服务全国的禁吸戒毒工作而展开的，工作的出发点着眼于全国禁吸戒毒的需要，工作的目标具有全局性，工作的成效关乎全局胜利。第二，云南的禁吸戒毒模式一直在全国禁吸戒毒原则和措施的统领下发展。云南省的禁吸戒毒工作一直服从于全国禁吸戒毒的全局部署，在禁吸戒毒模式的建设中，遵循我国关于禁吸戒毒的立法，严格按照法律法规的规范进行工作机制的设置，依照禁吸戒毒规范开展工作。按照规定，建设了以强制戒毒为主导，劳教戒毒为辅，兼顾自愿戒毒的主体模式。第三，云南的禁吸戒毒模式是覆盖全省范围的。云南省的禁吸戒毒工作由省禁毒委负责统一部署，自上而下，覆盖到地州市、县、乡镇、村各级组织，调动全社会力量共同参与，在全省范围内架构禁吸戒毒网络。总之，云南省禁吸戒毒模式的全局性特点十分明显，服从全局，服务全局，从符合全国“一盘棋”的部署，到全省“一盘棋”的统一部署，禁吸戒毒模式遵循我国的模式规定，工作机制的创新将国家规范的原则贯穿始终。

2.战略性

云南省禁吸戒毒模式的发展和完善过程是遵循国家禁毒战略的主导逐步达成的，其中的每一步转变都精心策划、深思熟虑，实施过程经过缜密的推演和计划，立足点始终是积极开展云南禁毒斗争，争取全国禁毒斗争的胜利。云南省的禁吸戒毒工作具有战略性的特征。1979年，随着国家改革开放，“金三角”的毒品经云南流入境内，毒品危害显现，1982年，中共中央、国务院发布《关于禁绝鸦片烟毒问题的紧急指示》，云南省公安厅党委在省委、省政府和公安部领导的支持下，率先在全国成立了第一支专业缉毒队，以“堵源截流”为方针承担起打击毒品犯罪的任务。1990年，云南省根据毒情形势变化提出了“三禁并举，堵源截流，标本兼治”的禁毒方针，战略部署了禁贩、禁吸、禁种三个战役，将禁吸列为了整体禁毒斗争的一个重要阵地。并以此进行了机构重组建设，整合警力资源，改变“缉毒队”只负责毒品案件情报和侦查工作的单一格局，组建了综合治毒的“禁毒局”，将管理强制

戒毒所和吸毒人员以及毒品预防教育的禁种、禁吸职能由治安部门划归禁毒局,实现机构和职能的禁贩、禁种、禁吸三禁合一。2001 年,随着禁毒实践的深入,云南省公安厅党委把经济学的生产→流通→消费这一基础理论引入构建禁毒战略的思考。受此启示,云南省制定了"除源治本,禁毒三大战场整体推进"的禁毒策略,确立了"以减少毒品流通为目的的堵源截流战场;以减少毒品危害和新生吸毒人员为目的的毒品防治战场和以减少毒品生产供给为目的的禁毒除源战场"。禁吸戒毒工作以此为目标,建设和规范强制戒毒管理,向全省推行禁吸戒毒"外循环"转"内循环",创办戒毒康复农场;建立以派出所、社区、单位和家庭组成的"四位一体"的帮教机制,开展禁毒宣传教育,引入"美沙酮"维持治疗。为了进一步解决毒品问题,2004 年,省委、省政府为深入贯彻落实党的十六届五中全会精神,构建社会主义和谐社会的重大决策部署,建设"平安云南",创建平安县(市),进一步贯彻落实党中央、国务院及中央领导同志对禁毒和防治艾滋病工作的重要指示精神,以及省、州党委政府对禁毒和防治艾滋病工作的部署和要求,坚决贯彻"四禁并举、预防为本、严格执法、综合治理"的禁毒工作方针,部署云南省"禁毒和防治艾滋病人民战争"的战略,制定"提高认识,明确责任,专群结合,综合治理,毫不手软,持之以恒"的总体要求。围绕遏制毒品来源、遏制毒品危害、遏制新吸毒人员滋生三个重点,不断完善吸毒人员普查、核查机制,努力做到不新增吸食海洛因人员,最大限度地运用强制戒毒和劳教戒毒手段禁吸戒毒,合理利用美沙酮替代治疗、社区帮教等办法,对社会面上吸食海洛因成瘾人员进行治疗康复。紧紧依靠广大人民群众,加大禁毒、防艾宣传工作的力度,整合各种宣传资源,利用每年"6.26"、"10.26"禁毒日的契机大力开展宣传教育,充分利用演出、平面媒体、电视专题讲话和影像等多种方式和办法,广泛宣传禁毒方针、政策、毒品危害、党和政府厉行禁毒的决心,做到"五进",即进农村、进社区、进单位、进学校、进家庭,注重针对重点人群的教育影响,进一步增强他们的拒毒守法意识,努力减少新增吸毒人员。

3.科学性

禁吸戒毒是一项长期艰苦的工作,同时也是一项有内在规律的复杂的社会工作和医学工作,云南省禁吸戒毒的探索和实践一直遵循着禁吸戒毒

科学规律推进,是经过实践需要逐步完善起来的。云南省的禁吸戒毒模式主题框架来自于我国法律法规的相关规定,即行政强制戒毒为主的模式。在贯彻实施的过程中,始终坚持科学态度,探索出戒毒科学规律。回顾历史,云南省的戒断治疗是从毫无经验发展到卓有成效,在20世纪90年代毒品危害初期,对毒品危害的认识还非常空白,禁吸戒毒是一个摆在云南省人民面前的全新难题。特别是对海洛因戒断,没有任何经验,没有药物应用于吸毒者的戒毒治疗,更不认识心理脱瘾和康复治疗的重要性,以公安强制戒毒为主导的禁吸戒毒工作没有等待,积极展开研究,求助于医学机构和相关专业人员,攻克了许多难关。不仅自行研制了戒毒药物,如昆明市强制戒毒所的“6.26戒毒药”等,还进一步树立了禁吸戒毒的科学理念,在认识上正确把握吸毒人员的性质,客观认识吸毒人员是违法者、受害者和病人,认同医学上关于吸毒成瘾是脑疾病的科学结论,以吸毒成瘾行为的特征和戒毒治疗科学规律为基点确定禁吸戒毒的工作措施,主要有以下几方面:第一,以科学的认识指导了禁吸戒毒模式的构建,总结出“群众监督戒、基层组织戒、政府强制戒、依法劳教戒”的“四个层次”和“以药物治疗、心理矫正、劳动康复为内容”的“三个结合”戒毒治疗模式;第二,逐步改变以强制限制人身自由为戒毒手段的单一措施,加强了强制戒毒和劳教戒毒的治疗条件,在强制戒毒和劳教戒毒所内增加心理康复和劳动康复项目,把这些戒毒场所建设成为集强制、治疗、康复为一体的人性化集中管理治疗场所。第三,强制戒毒实现了收戒方式“外循环”转“内循环”的重要改变和创新,延长戒毒周期,强化劳动康复的作用,在管理上实行“制度规范化、生活集体化、行动军事化、治疗医院化、康复科学化和教育学校化”的戒毒所“六化管理”;第四,开展社会化、多元化的禁吸戒毒模式探索,引进了“美沙酮”维持治疗方法和美国戴托普集体治疗社区,预防艾滋病等疾病的传播蔓延,积极探索自愿戒毒的有效模式。第五,全面推进禁毒人民战争,举全社会之力开展禁吸戒毒。这一系列的工作措施来自于云南省各级禁吸戒毒实务机构多年艰苦不懈的探索总结,我们不赞同那些对云南省强制戒毒为主的戒毒模式横加指责的批评。客观评价,云南省吸毒人员获得毒品有非常大的便利条件,戒毒动机和意志容易出现反复,吸毒人员为了筹集毒资,不断影响和拉拢周围人群,吸毒人员新滋生率很高,违法犯罪比比皆是,加剧了社会治安秩序的

不安定。选择强制戒毒模式,集体戒毒,辅之以心理矫治和康复劳动,这种架构有当时历史条件下的科学性、合理性。云南省禁吸戒毒的不断推进符合马克思主义哲学认识事物的科学规律,吸毒危害从一个崭新的课题发展到逐步认识、科学定位,必须经历从无到有的探索。在这个过程中,云南省一直坚持自主探索,以开放的心态不断汲取世界先进戒毒经验和模式,结合云南省实际情况,总结发展符合云南省实际需求的禁吸戒毒模式,并不断在实际工作中检验、逐步修正,是具有科学性的探索。

4.创造性

创新是一种通过对现有资源的实践进行调查研究,总结成效和不足,整合改进现有资源的配置,进而提高资源效益的方法。探索未知,进行创新是人类社会文明进步的核心动力之一,是认识事物科学规律、改造世界的人类独有的禀赋,需要通过时间和工作实践的积累,充分调查研究,反复研究实际工作中的各种经验,努力从中获得启迪,不断挖掘自身潜力,克服种种困难,不断地寻求解决现实问题的途径。同时也为今后的发展增添信息、知识和解决问题的途径。云南省是全国禁毒前沿,禁吸戒毒工作面临的形势是国内最特殊的,无论是地理地缘、毒品危害、打击的特殊性还是禁毒任务都与我国其他省区有显著区别,云南省禁吸戒毒工作面临的毒品问题都是新情况、新变化,没有任何现成经验,因此必须不断创新,才能不断适应毒情的变化,不断获得成功。

云南省的禁吸戒毒模式创新主要体现在:第一,禁吸戒毒工作机构的创新。首先,自上而下成立禁吸戒毒领导机构,主要是公安禁毒机关的两禁部门,完善禁吸戒毒主管行政机关建设,明确职责,保证了禁吸戒毒工作有专门机关负责;其次,选调组建强制戒毒所管理队伍;再次,是充分利用司法劳教系统的队伍资源;最后,是利用社会治安综合治理和社区工作力量开展帮教。第二,强制戒毒所的创新建设。改变 20 世纪 80 年代初戒毒所由各单位自行建设、开展戒毒的局面,建设由公安机关负责的强制戒毒所。第三,强制戒毒所和劳教所的戒毒管理制度创新。这个方面是云南省的一个较突出的创新,包括树立科学戒毒理念、实施人性化管理、戒断毒瘾的医学和心理方法探索和各种具体管理措施。创新提高了管理能力,保证了强制戒毒所和劳教所戒毒工作的健康发展,锻炼出一批经验丰富的管理人员,也进一

步增强了强制戒毒所和劳教所的戒毒水平。第四，戒毒模式完整性创新。根据戒毒科学规律，扎实做好吸毒人员普查，进一步完善强制戒毒，实践“外转内”康复戒毒，全面推广社会帮教，健全禁吸戒毒环节。第五，开展创建“无毒”社区。将禁吸戒毒工作逐步推向社会化，广泛发动群众参与禁吸戒毒，设计创建“无毒”社区实施方案，制定创建目标，明确分工，落实责任，努力实现小范围无毒目标，进而获得更大范围无毒的创建成果。第六，创新禁毒宣传教育，关注青少年和重点人群，运用符合人群需求的措施开展宣传教育。通过各方面创新工作，云南省摸索了一些比较成功的经验，制定了一些切实可行的具体规定、办法，体现在：全国第一个成立禁毒领导机构和公安禁毒局；颁布了全国第一部由省级人大颁布的专门的地方性禁毒法规《云南省严禁毒品的行政处罚条例》和《云南省强制戒毒所管理办法》，颁布了第一部易制毒化学物品管理条例《云南省易制毒特殊化学物品管理条例》；建设了全国最大的强制戒毒所；1997 年，第一个率先开展了在全省范围内的禁毒巡回展览，建立了第一个禁毒教育科研培训基地；全国首开帮助境外“金三角”地区罂粟替代种植；第一个提出“四个层次”和“三个结合”的禁吸戒毒康复治疗思路，第一个实现收戒方式“外循环”转“内循环”的巨大转变。从这个角度来看，云南省的禁吸戒毒创新机制对全国戒毒工作具有示范性和借鉴性的特点，处于毒源地包围、经济文化发展相对落后的的云南省能通过禁吸戒毒工作创新做到吸毒人数稳中有降，全国的其他省区也能够做到。假设全国各省区都能控制住新生吸毒人员的增长，提高戒断巩固，就能在全国范围内最大限度地萎缩毒品消费市场，实现“禁吸”。

5.公安工作统领性

云南禁吸戒毒模式的建设带有明显的公安行政管理特色，禁吸戒毒的大比重职能主要由公安机关负责承担，公安机关是云南省禁吸戒毒的主力军。首先，云南省禁毒委下属 41 个成员单位，而省禁毒委的办公室职责由云南省公安厅禁毒局具体承担，负责统筹执行各项具体禁吸戒毒工作，其中云南省公安厅禁毒局禁种禁吸处负责全省禁吸戒毒工作，一方面承担公安机关的禁吸戒毒任务，如全员收戒等，另一方面，代表禁毒委负责指导和监督全省禁吸戒毒的开展成效。公安机关在云南禁吸戒毒工作职能设置和机构设置中地位特殊，职责重要。其次，云南省的禁吸戒毒模式以强制戒毒为

主，各类戒毒制度创新主要以强制戒毒为平台展开。在我国，强制戒毒依法属于公安行政强制措施，强制戒毒所由公安机关建设，收戒吸毒人员依法由公安机关决定，吸毒人员强制戒毒期间由公安机关负责管理，具体戒毒管理工作由公安机关开展，其余的戒毒相关工作由公安机关各警种分工负责，吸毒人员的信息动态管理由基层派出所负责收集和登记，戒毒期满解除后，回归社会的帮教和监控以公安机关派出所为主导。劳教戒毒除执行由司法部门承担之外，其余环节还是由公安机关负责，比如吸毒的证据收集、劳教戒毒的认定审批，戒除后的帮教监控等。自愿戒毒的管理机关是公安机关，负责对自愿戒毒机构的无毒环境和戒断治疗的监督管理，定期接受公安机关的检查。在 2004 年，云南省公安机关会同卫生部门，完成了全省 58 个自愿戒毒医疗机构的清理登记工作，依法取缔了 3 个戒毒门诊点，要求限期补办手续 14 个，进一步规范了自愿戒毒医疗机构工作秩序。《禁毒法》颁布实施前，云南的禁吸戒毒工作凭借公安机关的工作体系和行政执法职能为主要的承载平台，发挥了巨大的作用，社会各界对此有深刻的共识。公安机关主动承担禁吸戒毒职责的使命感也十分迫切，经过多年的实践锻炼，云南省禁吸戒毒由公安工作统领的局面深入人心，公安机关的禁吸戒毒实战工作能力得到了很大提升，形成了一支由各警种相互配合、信息互动、经验丰富、责任心强的高素质禁吸戒毒队伍，成为云南省禁吸戒毒工作的重要力量，具有不可替代性。

三、云南禁吸戒毒实践经验总概

（一）各级党委和政府高度重视和正确领导是云南省禁吸戒毒工作的重要保障

1.党和国家高度重视云南禁吸戒毒工作，给予了政策和经费保障。云南的禁毒工作事关全国，是全国禁毒斗争的主战场和前沿阵地，禁毒戒毒工作形势严峻，承担着禁绝毒品、维护国家社会稳定的繁重任务。国家历来高度重视云南省的禁吸戒毒工作，极大关注云南省的禁吸戒毒形势变化，早在 20 世纪 80 年代初，就下拨专门编制，为云南设立了全国第一支禁毒警察部队，并在云南成立了以省委省政府主要领导担任领导的省禁毒领导小组；90 年代至今，党中央、国务院各级领导多次视察云南禁吸戒毒工作，全面掌握

云南禁吸戒毒情况，为云南禁吸戒毒制定方针，作出指示和部署，建立、健全禁毒法律、法规，为云南开展禁吸戒毒提供法律依据；不断加大对云南的禁毒经费投入，提供有力保障，使禁毒各方面的工作得以逐步开展；不断扩大编制，增加警力，组建了专门的禁毒队伍，加强了对禁毒工作的领导、组织和投入。前公安部部长贾春旺曾指示："云南毗邻'金三角'，要得到毒品很容易，还能把吸毒人员保持稳中有降，这对于全国的禁毒工作来说很有意义。"进入21世纪以后，云南毒情进一步泛滥，党中央、国务院各级领导更坚定了支持云南禁毒的决心和力度，领导着云南进一步深化禁毒工作。2003年6月30日，中共中央总书记胡锦涛对云南禁毒工作批示："禁毒工作必须持之以恒，毫不手软。"2004年11月12日和12月2日，国务院副总理吴仪和国务委员周永康两次主持召开专题研究进一步支持云南禁毒和防治艾滋病工作的国务院会议，并由国务院制定了《国务院关于进一步支持云南省加强禁毒和艾滋病防治的工作方案》。胡锦涛亲自来到云南禁毒防艾一线视察调研，并先后5次作出重要批示；国务院总理温家宝也到云南专门视察了昆明市强制戒毒所，明确指示云南要打好禁毒人民战争；2004年全国禁毒工作会议在昆明召开，罗干、周永康等中央领导到会并视察云南省禁毒工作，罗干强调："云南的禁毒工作事关全国禁毒工作大局，要充分认识禁毒斗争的长期性和艰巨性。"2005年，国务院制定了力度空前的计划支援云南禁毒工作，国家几十个部委对云南省禁吸戒毒工作也予以了大力支持，对口扶助云南，分期向云南拨付近8亿元禁毒专款，将境外毒品替代种植专项经费从过去每年50万元增至5,000万元。公安部禁毒局领导每年多次到云南考察调研，为云南省禁吸戒毒工作指明方向。2008年，国务委员、国家禁毒委主任、公安部部长孟建柱同志和国家禁毒委副主任、公安部副部长张新枫同志亲自深入云南禁毒一线调研并作出重要指示。党中央和国务院对云南省的禁毒工作成效和努力也给予了高度评价。2001年8月13日，时任中央军委主席江泽民、国务院总理朱镕基联合签署命令，授予德宏州木康检查站"缉毒先锋站"光荣称号。2001年2月，国家禁毒委通报表彰了云南省禁毒工作所取得的辉煌战绩，高度认可云南禁毒工作对全国禁毒工作的突出贡献和对世界禁毒工作的有力支持。云南禁吸戒毒工作得到国家给予的多项荣誉。

2.云南省委、省政府认真贯彻党和国家决策，正确领导云南省禁吸戒毒工作，取得实效。云南禁毒事关全国和全省社会、经济发展大局，云南历届省委、省政府领导及各级党委、政府厉行禁毒，高度重视禁毒工作，将禁毒工作作为影响民族健康、边疆稳定和发展、社会和谐、确保国家长治久安的头等大事，以对党和全国人民高度负责的精神，增强禁吸戒毒责任感和使命感，切实加大云南省禁毒力度。云南省坚决贯彻执行国家禁毒方针，将禁吸戒毒工作纳入重要议事日程，认真落实禁吸戒毒任务，以主要领导承担禁毒职责，健全领导机构，不断加强领导和决策力量。早在 1982 年，云南省就成立了全国第一个禁毒领导小组，组建了禁毒工作领导机构，成立了全国第一支缉毒专业队伍。二十多年来，云南省委、省政府领导全省各族人民不懈地开展艰苦卓绝的禁毒战争，全省各级领导每年百余次深入一线，特别是到毒品重点地区调查研究、指导禁毒工作；每年召开常委会研究和部署全省禁毒方案，研究禁毒工作，有力地推动了禁毒工作的发展；抓住毒品生产、流通、消费三个关键环节，全面规划堵源截流、禁种除源、禁吸戒毒三大战场的禁毒策略。云南省委常委、省政法委书记、省公安厅厅长孟苏铁坚决表态“毒品一日不绝，战斗一日不止”。随着毒品问题的进一步严重，省委、省政府主要领导多次亲自深入基层禁毒部门调研，对推进全省禁毒工作作出重要指示。2004 年 6 月，中共云南省委书记白恩培深入云南省德宏傣族、景颇族自治州和保山市等地，专题调研禁毒和艾滋病防治工作，并将调查报告呈送中央领导。为此，党和国家领导决策打一场禁毒防艾人民战争。省委、省政府坚决贯彻中央决定，从落实科学发展观、提高执政能力和推进和谐社会的高度充分认识到禁毒防艾工作的重要性、紧迫性，把禁毒防艾工作摆在更加重要的位置，以强制戒毒为主要依托，周密部署、加强基础建设、全员收戒、社会帮教、创建“无毒”，各环节齐头并进。成立禁毒和防治艾滋病工作领导小组，由省长任组长，省政法委书记和分管副省长任副组长，研究制定了《云南省禁毒人民战争实施方案》、《云南省禁毒条例》。其间每年召开全省禁毒工作会议，由各禁毒防艾成员单位全体参与，检查和部署云南省禁毒防艾工作。各级党委、政府把禁毒人民战争作为“一把手”工程，在各地州市逐级建立由主要领导任组长的领导机构，逐层级签订禁毒工作责任状，明确禁毒职责，并纳入工

作绩效考核，每年由党政主要领导亲自检查督促。各级政府不断加大对禁毒工作的投入，省财政每年拨出禁毒专款，保障禁毒工作的顺利开展。形成了省委、省政府统一领导，各级和各成员单位齐抓共管，全省各族人民广泛参与，整体联动，协同作战，综合治理的禁毒格局，推进了云南省的禁毒斗争。

党中央、国务院及省委、省政府对云南省禁吸戒毒工作一直高度重视，重点关注，深入禁吸戒毒一线全面掌握情况，领导、决策、部署，保障人、财、物的有效投入，给予政策法律支持。各部门齐抓共管，层层落实责任，这种重视和正确领导是云南禁吸戒毒工作取得成效的重要前提和保障，也是构建《禁毒法》规范下云南禁吸戒毒模式的重要经验。实践表明，党中央、国务院的统一领导和部署，云南省委、省政府和各级党委、政府按照中央精神，领导全省各族人民充分认识到禁毒防艾工作的重要性、紧迫性，把禁毒防艾工作摆在重要的位置，加强领导，统筹协调，精心组织，统一部署，狠抓落实，认真研究解决存在的问题和困难，采取有力的措施，取得了禁吸戒毒阶段性成效，开创了全省禁吸戒毒工作的新局面，禁毒工作取得了显著成效，圆满完成了中央下达给云南的各项目标任务。

（二）云南自愿戒毒的实践探索与成功经验

1.陇川的金木玲模式

18 年前，当金木玲嫁到德宏傣族景颇族自治州陇川县城子镇曼冒村委会上寨坝村时，她还怀有一个梦想——住一栋漂漂亮亮的房子，有一个幸福的家。然而不久之后，这个梦想便支离破碎了，她的丈夫和村里很多男人一样吸上了毒品。

因为男人的吸毒，村里生活难以为继，村里的妇女纷纷外逃，但金木玲没走。“我想挽救我们的民族、我们的家庭和我们民族的后代子孙。”2001 年，她和村子里另外 17 名妇女组成了妇女戒毒班，劝说村子里的男人戒毒，拉他们去强戒所。她们被弹弓“招呼”过，还被刀砍过，危险来自村子里不愿戒毒的男人和兜售毒品的毒贩。2004 年，情况逐渐好转。到现在为止，金木玲村子里的复吸率为零。

这一以妇女为龙头的禁毒防艾模式，被媒体称为“金木玲模式”，得到有关部门的肯定和支持。

2.彝族的虎日禁毒模式

云南丽江地区居住着一部分彝族民众。这一地区在历史上是鸦片种植和吸食的重灾区之一。1990年后毒品交易在本地扩散。当地少数族群的有识之士意识到毒品传播对民族生存与发展的危害,但苦于缺少外界强有力的支持,于是寻求传统的民族习惯法,实行自救的禁毒行动。

嘉日家族选择了过去进行战争或集体军事行动的"虎日",举行了禁毒盟誓大会。首先祭祖,家族长宣布向毒品宣战,接着由有知识的族人讲解毒品危害,并由宗教首领(毕摩)念经祈求先祖保佑;其后进入盟誓仪式的核心环节——喝血酒,在毕摩最为严厉的咒语中,吸毒者喝下拌有猪、鸡肉的"黑血酒",并将手中的碗砸碎,吸毒的过去在破碎的碗中随毕摩的咒语慢慢走远。盟誓为最后的仪式,由家族长将禁毒的誓言刻在岩石上。担保人从家族的禁毒委员会的手中将所担保的吸毒人员带走,此后监护他们直至完全脱毒。

在成效方面,至2002年,原22名吸毒者中,14人成功戒毒,占64%;2人死亡,4人复吸。1999年禁毒仪式后,该家族中没有新增吸毒人员。因此,庄孔韶等学者评价:彝族的家族禁毒仪式是一个动态的并且有延伸性的社会实践,相比通常90%以上的复吸率,其禁毒的成功率世所罕见。这一模式为少数民族族群社区中利用传统的文化资源预防艾滋病提供了思路。

3.普洱民间力量戒毒模式

一种民间戒毒模式正在云南省思茅市(现为普洱市)摸索推行。170多名戒毒人员在思茅"重生预制板厂"内过着与世隔绝的生活——他们开展生产自救,巩固戒毒成果,抵抗毒品的侵蚀。令人惊叹的是,在这里的戒毒者过去三年里没有出现复吸。这个模式的创办者——普通市民李继东,在2006年国家禁毒委员会办公室和中宣部办公厅联合主办的"2005年度十大民间禁毒人士"评选活动中,被称为"中国民间禁毒第一人"。2002年10月,在思茅市戒毒所和市红十字会等部门的支持下,李继东投资200余万元建成"重生预制板厂",开始收戒思茅市强制戒毒所戒断人员为工人,一种对戒毒者实行"人性化关爱,准军事化管理","无毒品+无歧视+生产自救+劳动康复+灵魂重塑"的"帮教模式"开始探索。三年过后,他们的憧憬变成了现实:重生厂环境优美,有篮球、录像、游泳池等设施,职工们生活规

律,5 人一组,互相监督、互相帮助。厂里没有围墙,却很少有人想走。工人们不仅戒掉了毒瘾,还学会了开车、做地砖、干建筑活,并亲手建造新厂房。重生厂成了戒毒人群中口口相传的温馨家园,许多戒毒人员要求进厂工作。

4.美沙酮维持治疗模式

美沙酮维持治疗是指对吸食海洛因成瘾人员通过较长时期或长期服用美沙酮口服液来治疗吸毒者的海洛因成瘾,同时配合心理治疗、行为干预等综合措施,以最终达到减少毒品危害和需求的目的一种药物维持治疗的戒毒措施。随着神经生物学研究的不断深入,吸毒已被证明是一种极易复发的慢性脑疾病。因此,吸毒也像大多数慢性疾病(如糖尿病、高血压)一样需要采取长期的药物维持治疗。近年来,基于减轻海洛因依赖,减少与毒品有关的违法犯罪,控制艾滋病在吸毒人群中的传播,维护公共卫生安全,我国开始在部分地区的吸毒人群中开展美沙酮维持治疗试点工作。云南省美沙酮维持治疗门诊始于 2004 年个旧市的试点。工作开展之初,广大人民群众和公安机关对此措施不理解,产生了“吸毒合法化”的疑虑。为了解决认识问题,做好美沙酮维持治疗试点工作,在省禁毒委领导下,公安机关针对试点工作发展不协调的问题,及时下发《云南省公安厅关于配合做好开展美沙酮社区维持治疗试点工作的通知》(公禁[2005]242 号),在试点工作开展期间共批准 992 名吸毒人员在全省 29 个美沙酮社区药物维持治疗门诊参加维持治疗。目前,试点经验已经推向全省。至 2008 年年底,全省美沙酮维持治疗门诊点达到了 67 个,覆盖了全省除迪庆、怒江以外的 14 个州市的 54 个县、市、区。67 个门诊点累计审批在治人员 17,630 人,现有在服人员 7,697 人,占全省现有吸毒人数 51,129 人的 49.5%。各地认真按照试点经验,严格把关美沙酮门诊选址、服药人员的审核、对接受治疗的海洛因成瘾者的监督管理、维护门诊的正常治疗秩序等工作。各职能部门认真履职,如省公安厅共配合举办各类培训班 2 期 300 余人,赴各门诊点督导协调 20 余批次,共同保障和促进了云南省美沙酮社区维持治疗试点工作的健康发展。

5.昆明戴托普模式

戴托普康复项目囊括了教育、家庭治疗、医疗保健、HIV 预防教育、职业培训和妇女项目等。设有医疗模式戒断部、心理咨询及治疗室、治疗社区、

重返社区，还有分散在昆明市区、曲靖、宣威的7个门诊部。中心同时在负责实施中英性病/艾滋病防治合作项目之戴托普HIV/AIDS的同伴教育、《凤凰涅槃》期刊、艾滋关怀、减少伤害综合干预项目。云南戴托普治疗社区服务站对上万人次的药物滥用者进行过美沙酮替代递减治疗，并对他们和家属做过吸毒相关问题咨询及心理辅导，现在社区服务站每日接待的成瘾者或家属近百余人次。六年来，住院部共收治居住者2700余人次，脱毒率达到80%以上，其中有三百余人保持操守，操守率在30%以上。此外，云南戴托普治疗社区在积极为云南的禁吸戒毒工作做努力的同时，也在不断收治来自全国各地和国外的药物滥用者，有来自北京、广东、新疆、广西、四川等地的药物滥用者，也有来自新加坡的求治者。戴托普治疗社区为了保持与世界先进戒毒经验接轨，曾先后派十余名工作人员到美国戴托普(Daytop Village)接受过治疗社区的管理、治疗等工作的学习和培训；派六名工作人员到香港学习戒毒工作方法；日前将有五名工作人员赴美学习，十余名工作人员到香港进修，并且随着工作的需要，将来还要不断派人出去学习。

随着云南戴托普治疗社区在禁吸戒毒工作中取得的成绩被人们所认可，全国各地很多的自愿和劳教强制戒毒机构来中心学习和借鉴成功经验。目前，除了云南外，武汉、长沙、重庆、广州、香港等一些自愿戒毒机构和劳教强制戒毒机构也已经和试图在工作中引入TC的管理模式和治疗方法。

(三)云南强制戒毒实践经验——以强制戒毒为例

强制戒毒是云南主要的戒毒方式。自1979年全国第一个强制戒毒所——昆明市公安强制戒毒所建所以来，全省公安机关根据实际需求全面建设强制戒毒所，克服各种困难，不断创新工作机制，为我国和云南省《禁毒法》颁布实施前的禁吸戒毒工作作出了巨大贡献。

1.加强禁吸戒毒基础工作，广泛开展吸毒人员普查、核查和监测工作，全面落实信息化管理

针对吸毒人员开展普查、核查和监测工作是禁吸戒毒工作的前提和基础，在禁吸戒毒工作中意义十分重大。只有做到对吸毒人员底数清、现状明、信息准，才能为进一步搞好防复吸、防新吸，强化戒毒效果，有效地开展禁吸戒毒的处理，准确及时地提供情况，强制戒毒、劳教戒毒和社会帮教等

戒毒措施才能有的放矢。云南省长期以来十分重视开展吸毒人员普查、核查和监测工作这项基础工作，各级公安禁毒部门作为职能部门，高度重视禁吸戒毒基础工作，全面开展吸毒人员普查核查和监测工作，积极推进吸毒人员信息化管理，取得了明显成效。2004 年以来，按照省委、省政府《禁毒人民战争方案》明确的“建立吸毒人员年度普查核查机制”的要求，真正落实吸毒人员年度普查核查机制，积极推进吸毒人员动态管控机制工作，陆续启动吸毒人员排查、信息采集、集中入库工作，完善日常维护、考评奖惩机制，加快吸毒人员信息系统建设步伐，做好吸毒人员的普查、核查和登记造册工作，做到底数清、情况明、不瞒报、不漏报，全面掌握吸毒人员动态和药物滥用情况，及时发现和控制新生吸毒人员，努力做到“发现得了，管理得住，收戒及时，帮教到位”，实现吸毒人员资料的共享，全面掌握吸毒人员动态和药物滥用情况，及时发现和管理吸毒人员。主要的经验包括：

一是采取切实有效的工作措施，重点抓好吸毒人员信息排查、维护、登记和应用“四个环节”的工作。各级公安机关明确了由基层派出所负责吸毒人员的普查、核查和登记工作，清理、完善、规范台账，重点抓好排查、登记、维护和应用四个环节。首先，在辖区内深入开展排查工作，切实做好吸毒人员信息采集和上网入库工作，做到坚持见面排查、查清真实身份，以“见面核查、见面算数”的原则，由公安民警主动找辖区内的每一名吸毒人员见面谈话、尿检，确认其身份资讯，了解掌握吸毒和药物滥用的现实状况，如实采集现状信息，规范地录入信息数据。核实确认和登记新发现的吸毒人员；逐人查清人户分离的吸毒人员信息，摸清下落。其次，建立信息维护制度，实时更新和维护吸毒人员动态信息，不断完善吸毒人员信息数据库。再次，注重信息应用，充分发挥吸毒人员动态管控机制在实战中的作用，为禁吸戒毒决策提供依据。2005 年 8 月至 10 月，结合全国范围内开展的“扫毒行动”，全面开展吸毒人员的普查核查工作，在全省范围内开展了自 1992 年以来的第 5 次吸毒人员普查核查工作，通过普查核查，基本弄清了吸毒人员情况。全省在册吸毒人员 131, 576 名，现有在服吸毒人员 68, 172 名，真实地反映了各地的吸毒基础情况。2007 年，按照省委、省政府《禁毒人民战争方案》明确的“建立吸毒人员年度普查核查机制”的要求，贯彻落实吸毒人员年度普查核查机制，陆续启动吸毒人员排查、信息采集、集中入库工作、

日常维护、考评奖惩机制，加快吸毒人员信息系统建设步伐，实现吸毒人员资料的共享。2008年，认真贯彻公安部相关会议精神，完善了“月通报、季分析、年考核”工作机制，全省相关警种和部门密切配合，保证全省信息录入、维护工作的正常开展，共排查入库吸毒人员94,876人，比2007年增加7,312人，同比上升8.35%；信息质量为99.38%，同比上升1.47%。各级信息维护组坚持对入库信息进行100%审核，保证了入库信息质量。搭建吸毒人员流动预警平台，防止吸毒人员流入奥运赛区城市，确保奥运安保工作正常进行。截至10月31日，全省共预警吸毒人员流动信息58,884条，其中户政管理预警31,824条，旅店业管理预警27,060条。各级公安机关出警处置55,888条，出警核实率为94.91%，共查获涉嫌违法吸毒人员31,425人[1]。

二是建立长效机制，形成科学检测网络。2004年各级公安机关以普查核查工作为契机，认真贯彻落实周永康同志在2004年全国禁毒工作会议上的讲话精神，按照“各地要紧紧抓住吸毒人员发现、戒毒、康复和巩固四个关键环节，建立科学的吸毒监测体系，切实提高对吸毒人员的发现能力”的指示要求，结合社区警务、人口管理等工作，经常性地开展对吸毒人员的调查登记。对吸食海洛因、苯丙胺类毒品、氯胺酮、安钠咖和大麻等为重点的吸毒人员进行全面的调查、评估，并进一步建立和完善药物滥用监测网络，拓宽监测范围，提高监测质量，较为全面、客观、准确地掌握了本地毒品滥用情况，逐步形成了科学的监测体系，以基础调查和尿液检测为主要手段，增强对新生吸毒人员的发现能力。云南省开发研究的“强制戒毒所信息管理系统”项目通过了云南省科技厅成果鉴定，在全省强制戒毒所推广应用。与云南省中科院昆明动物研究所、昆明依利科特股份有限公司共同研制开发了吸毒人员瞳孔活体快速检测仪，在全省范围内推广使用，进一步提高了对吸毒人员的检测水平。

三是重点抓好戒毒人员管理信息系统的建设，完善吸毒人员个人资料的录入和管理工作，实现信息共享。以昆明、曲靖、大理、红塔、楚雄、五华六个戒毒所为试点进行戒毒人员管理信息系统试运行，摸索经验，逐步推广，初步取得了成效。并组织人员对试点单位系统试运行情况进行检查，针对

[1] 根据云南省禁毒局两禁处数据资料整理。

存在的软件及操作问题，予以了修改与纠正，保证了信息系统试运行的顺利开展。目前，正在建立全省中心服务器及中心数据库，进一步扩大运用范围，对整套系统的适用性、准确性、安全性、稳定性进行实际评测和完善。目前，“强制戒毒所信息管理系统”项目已通过了云南省科技厅成果鉴定，在全省强制戒毒所推广应用，进一步加强了吸毒人员个人资料的录入和管理工作，实现了吸毒人员资料的共享，最大限度地发挥信息平台的作用，为开展全员收戒吸毒人员工作打下了坚实基础。

四是广泛发动群众，深入收集吸毒人员信息。各级公安职能部门紧紧依靠和发动群众，利用《云南省举报毒品违法犯罪奖励暂行办法》颁布的时机，深入开展核查、普查、清查工作，深入社区、村寨、田间地头、重点场所进行禁毒宣传，提高群众的防毒意识，鼓励群众举报或向公安机关提供线索，敦促吸毒人员主动到公安机关登记。据统计，全省通过群众举报共抓获吸毒人员 2,244 人，主动到公安机关登记的吸毒人员有 240 人。

云南省历来重视吸毒人员信息化管理工作，通过职能部门和发动群众等方式，依托科技手段不断加强吸毒人员登记管理基础工作，深入排查登记吸毒人员，全面掌握吸毒人员底数和现状，依托吸毒人员动态管控机制，切实加大对社会面吸毒人员的管控力度。2009 年 7 月至 9 月，以贯彻国家禁毒委员会《关于集中开展吸毒人员排查登记和管控行动的通知》为契机，又一次在全省范围内展开了吸毒人员排查登记和管控行动，深入推进吸毒人员信息化管理。

2.充分发挥强制戒毒的重要作用，加强戒毒场所建设，规范强制戒毒管理，不断创新强制戒毒工作机制，切实提高强制戒毒所管理、治疗、教育、康复水平

20 世纪 80 年代至 90 年代，云南的吸毒人数迅速增长，吸毒危害凸显，毒品消费市场不断扩大。云南省禁毒委和各级公安禁毒机关经过多年不断地深入调查研究和实践，逐渐发现了戒毒科学规律，积累了戒毒经验，充分发挥公安强制戒毒的重要作用，取得了禁吸戒毒成效，挽救了大批吸毒人员和家庭。

一是确定了以强制戒毒为平台的“全员收戒”戒毒观念。20 世纪 80 年代初毒潮泛滥时，云南省就开展了大规模的戒毒实践，各地州市、各单位针

对本地吸毒人员情况都举办了集中戒毒的短期学习班。但是由于对毒品危害的了解还不全面，戒毒时间短，戒断方法简单，基本没有取得戒毒效果。1999年，为营造昆明"世界园艺博览会"顺利召开的良好社会治安环境，云南省对吸毒人员实行全员收戒，凡是发现吸毒一律送强制戒毒，社会面治安环境好转，各类治安和刑事案件大幅下降，毒品需求明显萎缩。受此启示，云南省各界认识到"全员收戒"在戒毒工作中的重要作用，开始转变工作思路，以强制戒毒为主要的戒毒措施。在此思路主导下，由公安机关依法建设和管理强制戒毒所，坚持对吸毒人员实行"全员收戒"，加大对吸毒人员的排查力度，由公安派出所负责辖区内重点人口监控，开展定期尿检，动员全社会参与监督和举报，出台了地方性法规和政策，奖励举报吸毒人员的行为。一旦发现吸毒一律由公安机关决定强制戒毒，实现对吸毒人员的集中强制戒断，使戒毒工作的开展有了强有力的平台，统一由公安机关在强制戒毒所的相对封闭环境内开展戒毒工作，针对性更强，同时净化了社会环境，增强了人民群众的安全感，减少了社会面的毒品需求，遏制了吸毒人员的迅猛增长势头。自2004年开展禁毒人民战争以来，在省委、省政府和省禁毒委的正确领导下，各级业务主管部门精心组织，周密安排，多措并举，全力推进收戒工作的深入开展，对各州市完成收戒吸毒人员数进行分解，明确收戒工作目标，层层签订责任状，各地集中精力、集中警力、集中时间，迅速开展全员收戒吸毒人员行动，对新发现的吸毒人员一律强制戒毒；对复吸人员一律报送劳动教养；对因各种原因不能投送劳教的复吸人员，也将其置于强制戒毒所内，最大限度地减少社会面上吸毒人数，努力做到"应收尽收"。针对外来吸毒人员的收戒管理，主要由各地加强对本地重点人口、吸毒重点嫌疑人的管控和监测工作，加大对流动人口中吸毒可疑人员的监测力度，一经发现外地流入吸毒人员即全力收戒，及时遣返。2005年12月全省共收戒吸毒人员81598人次，圆满完成省政府下达的全年强制戒毒任务数53, 230人；2006年，全省共收戒吸毒人员46, 099人；2007年，全省共新收戒吸毒人员38, 186人；2008年，全省共收戒吸毒人员35, 335人。一直保持在全省范围实现全员收戒目标。

二是不断加强戒毒场所建设，规范强制戒毒管理，探索强制戒毒场所规范化、法制化、科学化管理建设。自1989年12月我国第一个强制禁毒所在

昆明市成立以来，经过多年建设，昆明市强制戒毒所创建了集强制戒毒、自愿戒毒、康复劳动、药物研究、宣传教育为一体的综合性“昆明戒毒模式”，在科学管理、依法管理和文明管理三个方面，为我国强制戒毒工作探索出新的路子，被誉为“世界一流的戒毒所”。全省各地在政府领导下，基于这些有益经验，结合实际，开展了强制戒毒所建设，1998—2001 年，通过各级公安机关的上下努力，全省建起了 97 个强制戒毒所。2002 年以来，通过“外转内”建设，分期、分批对全省 64 个戒毒康复场所进行新建和改扩建；2005—2007 年三年禁毒人民战争期间，对 39 个戒毒所进行改扩建，对全省戒毒所进行整合，戒毒所从 97 个缩减为 79 个，并分布在全省 16 个州市的 98 个县（州市区）。2005 年按照《强制戒毒所等级评定办法》和公安部下发的系列通知要求，在全省评定了昆明市、红塔区、大理市、麒麟区 4 个强制戒毒所为一级所，有 15 个强制戒毒所被评为二级所、有 42 个强制戒毒所被评为三级所。根据公安部和省委、省政府领导的要求，为遏制吸毒和艾滋病蔓延势头，做好中心戒毒所扩容增量和艾滋病关爱区的基础设施建设保障工作，经过调查研究分析，制定了《云南省 2004 年至 2008 年戒毒场所五年建设规划》及《2005 年至 2009 年羁押违法犯罪艾滋病病毒感染者及患者监所建设计划》，明确了全省戒毒场所的可持续发展目标和任务。

三是进一步加强了戒毒治疗工作。加强和完善医疗设施环境建设，抓紧配齐配强专职医务人员，强化医疗管理，改善医疗条件，规范医疗行为；组织了强制戒毒所戒毒药品清理整顿工作，加大对戒毒药品购买、使用的监管力度，进一步规范了脱毒治疗工作；着力加强戒毒人员心理康复和行为矫治工作，协调教育、卫生等部门，做好建立吸毒人员心理矫治机制的前期工作，把生理脱毒、心理矫正和劳动康复有机结合起来，落实全程治疗措施，切实提高戒毒治疗的实效。

四是规范强制戒毒所的管理。多年来，云南省不断加强戒毒场所的规范化建设，注重开展强制戒毒所管理整顿工作，在工作实践中认真查找强制戒毒所管理和执法工作中存在的问题，确定整治重点，结合“规范执法行为，促进执法公正”等各类专项整改活动，确保强制戒毒所安全，加强了对戒毒场所管理干部和工作人员的教育管理，端正执法思想，深化以人为本的新戒毒理念，严密各个环节的管理措施，依法建立健全各项管理规章制度，

切实提高管理水平。

3.创新戒毒模式，在全省创新推行强制戒毒“外循环”转“内循环”，创办戒毒农场

所谓“外循环”是指戒毒人员进入强制戒毒所依法进行三至六个月的强制戒毒后即释放出所的方式。这种模式在实施中出现了难以逾越的困境，使云南省禁吸戒毒工作陷于被动。在实施强制戒毒全员收戒的早期，1995 年国务院颁布的《强制戒毒办法》第 6 条规定强制戒毒时间是三个月，最长不能超过一年，没有明确强制戒毒所的经费保障，规定由戒毒人员自行负责戒毒期间的生活等费用。但绝大多数吸毒人员因长期吸毒，耗费毒资巨大，几乎处于穷困潦倒的境地，大部分都交不起基本生活费，这笔费用就转嫁到公安机关和政府。云南省经济落后，地方政府无力承担长期的经费支出，而公安机关本身没有经济职能，更无能力应付。由于没有稳定充足的经费保障，强制戒毒所后勤保障极为困难，云南省强制戒毒所不得已只能缩短收戒时间，采取短期戒断，完成生理戒断后即解除强制戒毒，将吸毒人员放回社会。由于毒品危害的长期性和顽固性，加之当时基层组织、社区帮教措施还不专业，跟踪管理工作薄弱，家庭、社会的关爱不够，致使强制戒毒出所后的吸毒人员流散在社会面上，处于失控状态，复吸率较高，屡戒屡吸，恶性循环。吸毒人员为筹毒资频频拉人下水，诱发新吸毒人员滋生，使新生吸毒人群和毒品消费市场迅速扩大；有的为筹措毒资不断实施盗窃、抢劫等违法犯罪活动，危害社会治安秩序。这种局面不仅使吸毒人员及其家庭丧失戒毒信心，也使各级主管机关和群众甚至强制戒毒所民警对禁吸戒毒的出路产生了质疑。时任云南省公安厅禁毒局领导的孙大虹厅长称这个时期为禁吸戒毒工作的“死胡同”。

在对戒毒人员屡戒屡吸被动局面进行深入调研后，自 2001 年起，云南省创造性地探索了戒毒的“外循环”向“内循环”的转变。“内循环”的内涵是吸毒人员被决定强制戒毒，进入强制戒毒所完成生理脱瘾后，转入康复性劳动和矫治，通过适量劳动锻炼，依托民警的帮教关爱和教育管理，培养劳动技能，开展心理矫治，塑造健康人格，使身心恢复正常，改良恶习，戒断毒瘾。“内循环”有几个要点，即以强制戒毒为实施平台，扩容建设，扩大对吸毒人员的收戒，最大限度地实现全员收戒，延长强制戒毒时效，开展劳动康

复，在强制戒毒所内配套创办戒毒农场，承担戒毒康复劳动职能，让吸毒人员在生理脱瘾后在戒毒农场内通过劳动锻炼实现身心康复，同时锻炼劳动技能，自己养活自己，缓解强制戒毒所保障缺乏的困境，走劳动康复、以劳养戒的道路。为此，云南省修改了禁毒条例，将吸毒人员的收戒和劳动康复时间延长至一年，并完善戒毒环节，规定了出所后续社区帮教工作责任制，维持戒毒巩固率；凡发现强制戒毒出所后复吸的依法送劳教三年。2001 年以来，云南吸毒人员在 300 人以上的地区都因地制宜地开办了“外循环”转“内循环”戒毒大农场，全省建立强制戒毒所 91 个，劳教戒毒所 8 个，康复中心 3 个，每年强制戒毒所就收戒毒人员 3 万人次。通过多年坚持不懈推行“外循环”转“内循环”，云南省有效控制了吸毒蔓延的势头，取得了禁吸戒毒的显著成效。自 2004 年云南省全面开展禁毒人民战争以来，按照《云南省禁毒人民战争实施方案》的要求，进一步切实加强强制戒毒所建设，全面推进禁吸戒毒工作可持续发展。省禁毒委和省公安禁毒局拟制了全省强制戒毒所建设规划，整合戒毒资源，做大、做强区域性中心所、特大和大型所，适当加大部分外来吸毒人员较多的主要城市的戒毒所扩容增量工作，积极争取各级财政和中央政策支持，进一步落实强制戒毒所经费、装备，改善强制戒毒所的收戒条件和工作环境，扩大收戒容量，提高收戒能力，使强制戒毒所保持可持续发展。2005 年至 2007 年改、扩建了 39 个强制戒毒所，新增加 30, 000 人的收戒容量。如德宏州、昭通市强制戒毒所已建设完毕，增加收戒容量 4, 500 人；腾冲县强制戒毒所已完成一般戒毒区的建设，新增收戒容量 750 人；开远市、潞西县、盈江县、陇川县、瑞丽县、梁河县、景洪市、耿马县、永胜县强制戒毒所共新增收戒容量 13, 300 人；昆明市、思茅市、红塔区强制戒毒所也通过改迁、扩建项目增加了收戒能力。逐步对吸毒人员少、收戒容量较小、安全隐患大、可持续发展能力弱的戒毒所进行关停并转，截至 2005 年年底，全省强制戒毒所数量由原来的 97 所减少到 86 所，全省收戒容量总体上达到了 50, 012 人。

“外循环”转“内循环”的收戒方式是云南省多年禁吸戒毒工作经验的继承、发展和创新，遵循了科学戒毒理念，保证了吸毒人员的戒断效果，实现了社会面无失控吸毒人员、萎缩毒品消费市场的目标，有效降低了治安案件和刑事案件的发生，促进了社会治安秩序的好转，取得了多重社会效果，意

义重大,为我国禁吸戒毒工作探索了一条新路。

4.探索戒毒科学规律,建设戒毒康复劳动场所

云南省针对近年戒毒人员自愿留所的新情况、新问题,研究解决办法,认真贯彻落实全国公安机关戒毒康复场所试点项目建设动员会精神,积极推进戒毒康复场所建设,建立健全戒毒康复场所建设与发展的各项保障机制和制度,明确相关部门配套的扶持性政策。结合当地经济和产业结构的调整,加大戒毒康复劳动生产项目投入力度,整合康复劳动资源,统一调配人员,集中人力、物力、财力抓好生产项目的工作,积极寻求和开发适合戒毒康复的生产项目,采取"企业化运作、规模化管理"的运作方式,积极探索"公司+戒毒康复场所"的生产模式,确保劳动项目"上马一项,成功一项",努力实现生产的集约化和市场化,提高效益。做到"人人有活干,人人能干活",确保康复劳动成效。昆明、大理、开远、个旧、腾冲、思茅等戒毒场所探索出了各具特色的发展之路。这些戒毒康复场所建设试点工作在建设、管理、运行等方面的经验在全省推广。昆明、开远、个旧 3 个市依托强制戒毒所建成了戒毒康复场所,有近千名戒毒学员自愿留所或返所康复;昆明市建成接纳戒毒出(返)所人员的"和谐家园";开远市落实"安全岛"计划,推进"雨露社区"建设,积极发展生产,开发了金属制品、太阳能热水器、鞋帮加工等劳动生产项目,为戒毒康复学员提供了 1,300 个工作岗位,为戒毒康复劳动提供了保障。

5.积极开展艾滋病宣传、预防教育和防治工作,增强对吸毒艾滋病人员的管控能力

云南省各禁吸戒毒职能部门认真贯彻落实《云南省艾滋病防治办法》,按照《云南省人民政府办公厅关于实施艾滋病防治六项工程的通知》要求,积极开展艾滋病的宣传、预防和控制工作,认真贯彻落实省政府出台的《艾滋病防治管理办法》,全面推进省政府提出的艾滋病防治"六项工程"的实施。

一是加大力度开展毒品预防和艾滋病防治的宣传教育活动,把毒品预防教育工作作为禁毒工作的治本之策,依靠基层党政力量完善各级毒品预防教育领导小组,普遍地、广泛地发动人民群众参与禁毒防艾人民战争,不断提高广大人民群众的预防知识和知晓率。落实责任制,与教育部门密切

配合,对云南省7所全国毒品预防教育“示范学校”开展毒品预防教育情况进行了经验总结,并向全省2,200所中学全面推广。同时省州市禁毒部门和教育部门进一步加大师资培训力度,进一步改进教育方法,变过去灌输式为启发、诱导式教育方式,广泛开展“三个一”教育活动,提高了教育的针对性和实效性。积极开展“不让毒品进我家”全国百县系列活动,提高宣传教育知晓率。各级街道、村镇、企事业单位分期分批举办家长培训班,讲授法律法规及毒品预防知识,使家长成为未成年人毒品预防教育的第一个老师,努力增强未成年人及在校学生的拒毒、防毒意识。认真策划以“6·26”为重点的毒品预防教育系列宣传工作,制订毒品预防教育系列宣传活动方案,按方案逐一抓好落实。“6·26”期间,开展了全省禁毒网站开通仪式、全省“天网会战”新闻发布会、禁毒资料发放等一系列的禁毒宣传教育活动,各地也结合自身实际,开展了形式多样的“6·26”宣传教育活动。例如,昆明市与国际人口组织(PSI)在官渡广场、桃园广场、碧鸡广场等群众娱乐场所开展了针对吸毒人群和一般群众的预防艾滋病、减少毒品危害的系列活动,受教育群众达十万余人次。认真抓好艾滋病防治宣传教育和净化社会环境工程实施方案的落实,与毒品预防教育相结合,抓好在校中小学生艾滋病预防与控制的宣传教育工作,使之知晓率达90%以上。省妇联、省卫生厅、省防艾办等部门成功举办了“不让艾滋病进我家”大型系列活动——“拒绝毒品、抗击艾滋”电视专题晚会,进一步加大了艾滋病防治的宣传教育活动力度,扩大了教育面,提高了知晓率。毒品预防和艾滋病防治宣传教育活动的效果得到明显增强。

二是突出重点,加大对民警,监管场所、戒毒场所在押人员以及娱乐业、旅店业等特殊行业业主和从业人员的宣传、教育、培训和监测工作。在社会面上,广泛针对群众,以各大中小学校为重点开展毒品预防教育和艾滋病防治知识的宣传教育活动,提高自我防范意识。近年来,在10个公安强制戒毒所中开展预防艾滋病公安民警能力建设和吸毒者同伴教育项目,积极借鉴国外在艾滋病防治工作中取得的成功经验,通过培训、督导等一系列项目活动,提高了戒毒所公安民警的艾滋病防治工作能力和吸毒者开展同伴教育的技能,取得了明显成效。据不完全统计,10个项目点培训民警4,396人次、同伴教育骨干14,573人次、吸毒人员64,437人次、同伴教育人数

143,517 人次。2004 年以来,各州(市)、各县(市、区)公安机关分别组织民警进行了艾滋病防治知识的培训,培训民警 12,749 人次,完成了对戒毒所所有民警的培训。2005 年度,仅全省 86 个公安机关强制戒毒所就对 20 万余人次的戒毒人员进行了艾滋病防治知识的宣传教育。2008 年,全省各级公安机关共开展同伴教育 39,398 人次,公安机关羁押场所内共有 6.5 万多人次接受防艾宣传教育。开展对娱乐场所业主的宣传和培训 16,325 人次,对娱乐场所从业人员尿检 21,531 人次,配合妇女组织对妇女开展宣传教育 975,389 人次,配合教育部门对校外青少年开展宣传教育 1,462,160 人次。通过培训,系统了解了艾滋病、性病预防与控制有关知识,使群众、管理民警和艾滋病高危人群进一步掌握了艾滋病的流行趋势、防治现状及艾滋病、性病预防和防护知识。进一步规范和加强对感染艾滋病病毒戒毒人员的管理和治疗工作。

三是加强筛查和治疗。卫生疾控部门对全省强制戒毒人员进行了艾滋病病毒筛查检测,基本摸清了感染艾滋病病毒戒毒人员底数。2005 年 1—9 月对 10,277 名在戒毒所人员进行了初筛检查,共检测出阳性 2,100 例;2008 年度,开展初筛检测 25,897 人次,开展抗病毒治疗 410 人。着力抓好强制戒毒所内隔离戒毒区的规划和建设,进一步对吸毒人员中艾滋病感染者进行管理和开展针对性的关爱治疗。

(四)"无毒社区"创建工作得到进一步发展

创建"无毒社区"工作是综合治理毒品问题的有效手段,是开展禁毒人民战争的重要载体。根据国家禁毒办、中央综治办、中央精神文明办《关于深入开展创建"无毒社区"、"无毒村"工作的通知》(禁毒办通字[2003]30号)的要求,省委、省政府高度重视,将创建工作列入议事日程,加大领导力度,各成员单位齐抓共管,充分认识毒品问题的长期性、艰巨性和反复性,牢固树立长期作战思想,抓好宣传,全民动员,以打击毒品违法犯罪与重点整治相结合、全力收戒吸毒人员与全面落实帮教相结合,建立长效机制,大打禁毒人民战争,形成综合治理的工作格局,努力巩固创建成果,全力推动创建"无毒社区"工作的发展。2004 年基本建成"无毒县"3 个,成功巩固"无毒县"14 个,初评出"创建无毒乡镇先进县"18 个。至 2005 年年底,全省已创建 712 个"无毒社区",占全省 1,558 个乡、镇、街道办事处的 45.7%;25

个县已达到无毒县标准，占全省 129 个县、市、区的 19.4%。2006 年 3 月，全省创建 25 个“无毒县”，占全省 129 个县市区的 19.4%，涌现出 71 个“无毒乡镇工作先进县”，占全省县（市区）总数的 55%，已创建 712 个无毒乡镇，占全省 1,573 乡镇的 45.3%。截至 2007 年年底，全省共创建“无毒县”26 个，“无毒乡（镇）”724 个，81 个县被授予创建“无毒乡镇先进县”荣誉称号。

结合创建“平安云南”、“平安县市”和“安全小区”、“文明村寨”等活动，把创建责任制落实到基层组织，落实到单位、社区、学校，充分利用各种社会资源，不断完善工作机制，推动创建工作深入开展。按照“抓两头、带中间”的工作思路和“有毒治毒创无毒，无毒防毒保净土”的原则，根据涉毒的具体情况，坚持因地制宜，明确创建工作重点，加强分类指导。整体推进创建工作，以整治吸毒人员千人以上县市区为重点，确立毒品问题轻微的县市区为创建重点县，兼顾毒品问题一般的县市区，巩固无毒成果，做到创建一个、巩固一个、坚守一个，不断扩大“无毒”的覆盖面。针对在工作中出现的新情况、新问题，及时完善创建工作办法，下发了《云南省创建、巩固“无毒社区”工作补充规定》，进一步规范了创建“无毒社区”工作。紧紧围绕实现社会面无失控吸毒人员的目标，进一步建立健全吸毒人员的监控帮教体系，严格落实监控帮教责任制，真正做到对每名戒毒出所人员落实街道、社区、派出所、单位、村委会、家庭等“多帮一”的帮教措施，确保看死盯牢不失控，最大限度地降低戒毒人员的复吸率，不断巩固戒断成果，扩大无毒成果，积小胜为大胜，积极向无毒目标迈进。

（五）健全吸毒人员监控帮教体系，抓好吸毒人员帮教工作

在党委、政府的统一领导下，全省 129 个县（市、区）共成立了吸毒人员戒断出所帮教小组 1.5 万余个，计 10 万余人，对 5 万余名吸毒人员实施了有效管控。有效推进禁吸戒毒工作社会化进程。发挥基层政权组织、工青妇、禁毒志愿者等群众团体作用，通过深入细致地发动群众，提高全民禁毒意识，动员社会各方面力量，进一步落实戒断出所人员帮教措施，建立完善社会帮教体系和机制，真正对每名戒毒出所人员落实社区、派出所、单位、居村委会、家庭等“多帮一”的帮教措施，做到政府包块块、单位包职工、街道村社包居（村）民、学校包教师学生、家长包子女，多级联动，层层负责，确保

看死盯牢不失控,最大限度地降低戒毒人员的复吸率。

积极探索建立帮教工作新机制,对戒毒出所人员继续进行心理、行为矫正工作,努力从生理、心理、生活、工作等方面给予吸毒人员最大的帮助,使更多吸毒人员戒断毒瘾,回归社会。例如,昆明市建立了106个戒毒社区矫正点,做好戒断出所人员的接茬矫正工作,对吸毒人员进行无缝隙管控,2005年,吸毒人员中戒断三年以上的已达2,756人。德宏州盈江县二坤寨成立了“巾帼‘三帮一’帮教小组”,57名妇女在长期禁吸戒毒工作实践中摸索出了“三名妇女负责帮助一名戒毒人员”的帮教办法。抓好吸毒人员帮教工作,健全吸毒人员监控帮教体系。

第六节　《禁毒法》颁布后禁吸戒毒模式的研究——以云南为例

《禁毒法》颁布后,云南各级禁毒部门与组织一方面通过深入宣传、学习,理解、贯彻禁毒法相关精神;另一方面,积极探索、勇于实践、开拓创新,迅速反应,执行《禁毒法》的禁吸戒毒规定,认真开展社区戒毒、社区康复、强制隔离戒毒、戒毒康复场所、自愿戒毒等法定模式的建设,积极探索禁吸戒毒新模式。通过课题组调研云南省40多个项目点单位,实际考察了上述模式建设的现状和创新,对当前的实践进行概括,以期客观看待,巩固成效,查找问题,促进建设。

一、《禁毒法》颁布后云南禁吸戒毒的实践探索与成功经验

(一)社区戒毒的实践探索与成功经验

《中华人民共和国禁毒法》第三十三条明确规定“对吸毒成瘾人员,公安机关可以责令其接受社区戒毒”,“社区戒毒的期限为三年”,明文确立了当前戒毒体系中社区戒毒模式的法律地位与期限。为了进一步明确社区戒毒的主管机关、戒毒方式与相关部门的协作关系等,《禁毒法》第三十四条又规定:“城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。城市街道办事处、乡镇人民政府可以指定有关基层组织,根据戒毒人员本人和家庭情况,与戒毒人员签订社区戒毒协议,落实有针对性的社区戒毒措施。公安机

关和司法行政、卫生行政、民政等部门应当对社区戒毒工作提供指导和协助”,“城市街道办事处、乡镇人民政府,以及县级人民政府劳动行政部门对无职业且缺乏就业能力的戒毒人员,应当提供必要的职业技能培训、就业指导和就业援助”。

1.云南省社区戒毒模式建设现状

根据《禁毒法》对社区戒毒的规定,云南省各地高度统一思想认识,坚决贯彻执行,正在逐步依法落实各项规定,积极推进社区戒毒建设。2009年上半年,全省已决定的社区戒毒人员共1146名。《禁毒法》实施一年多以来,全省社区戒毒工作已全面开展,进展程度和具体工作创新都有了实践的形态。

(1)2009年2月,云南省禁毒委制定下发了《关于深入推进全省社区戒毒工作的通知》,部署全省社区戒毒的实施要求和方案,并与各州市人民政府和公安机关签订了工作责任状,加强领导和监督,具体分布任务,要求在全省范围内全面推进社区戒毒建设。

(2)健全了社区戒毒领导机构,完善了社区戒毒制度建设。按照《禁毒法》,云南省省、州、市各级政府及时成立了由分管领导亲自管帅、各禁毒成员单位共同参加的社区戒毒、社区康复领导机构,及时研究制定了符合各地戒毒实际状况的社区戒毒实施意见,制订了推进社区戒毒建设的地方性工作方案。在本次课题调研的项目地,课题组详细访谈了各层级社区戒毒领导小组的负责人,收集了各地关于社区戒毒的规范性文件,包括:昆明市社区戒毒、社区康复文件:《昆明市社区戒毒(康复)试点工作实施方案》(昆禁发[2008]11号),《关于进一步加强和推进我市社区戒毒和社区康复试点工作的通知》(昆禁发[2008]28号);《昆明市禁毒委员会办公室、昆明市财政局关于建立和完善社区戒毒和社区康复保障机制的通知》(昆禁发[2008]29号);《昆明市关于贯彻落实〈中华人民共和国禁毒法〉有关社区戒毒、社区康复工作试点的指导性意见》;《昆明市关于选聘社区戒毒(康复)专职工作人员方案》(昆禁办发[2009]01号)。曲靖市《开展社区戒毒和社区康复试点工作实施方案》(曲禁发[2008]08号);《大理市社区戒毒和社区康复实施意见》;《德宏州社区戒毒和社区康复实施方案》;《普洱市社区戒毒和社区康复实施方案》;《保山市社区戒毒和社区康复实施意见》;

《红河州社区戒毒和社区康复实施方案》等。

(3)积极开展社区戒毒试点工作,总结形成试点经验,广泛推行。各州市按照《禁毒法》和省委、省政府的部署,认真开展社区戒毒试点工作。选择有工作经验推广意义的社区,落实人员和经费,公安机关和司法行政、卫生行政、民政等各职能部门配合、指导,广泛利用社会资源,开展社区戒毒工作,各地禁毒委定期检查指导,分析问题,及时解决。经过几个月的运行,各试点社区形成工作经验。[1] 各州市积极行动,在试点经验基础上,形成社区戒毒实施方案,在本行政区划内全面推行。

(4)组建社区戒毒工作机构,落实工作人员和经费。各地城市街道办事处和乡镇人民政府成立社区戒毒领导小组,由主要领导担任组长,派出所、司法所、卫生医疗和民政等基层职能部门共同参与。各地还因地制宜,吸纳禁吸戒毒各方力量,组建了由社区领导、社区民警、社区医疗卫生人员、戒毒专职人员、吸毒人员家属共同组成的工作小组,确定了职责,积极开展工作。认真贯彻执行《禁毒法》,积极选聘社区戒毒专职人员。昆明市从社会面选聘了第一批 500 名社区戒毒专职工作人员,目前已全部到位;德宏州、大理州等充分利用原有社会帮教力量,将原来的社会帮教人员转换为社区戒毒专职工作人员,因为他们多年来积累了丰富的戒毒帮教专业技能,并且对社区情况和部分戒毒对象很熟悉,有利于在社区戒毒中更好的发挥作用。各地积极安排财政计划,解决了社区戒毒工作者的工资,并部分解决工作经费,使社区戒毒顺利开展所必须的人、财、物得到一定的保障。

(5)积极创新工作机制,形成工作制度,落实工作措施,取得一定实效。《禁毒法》缺乏对社区戒毒工作措施及流程的具体规定,社区戒毒的开展没有统一的法定规范,但是,课题组经过对计划内项目点及项目单位进行走访调研发现,各项目点没有处于等待状态,均根据本地实际戒毒情况,高度统一思想认识,集思广益,积极创新社区戒毒工作机制,形成了各具特色的社区戒毒工作措施。概括总结课题项目点的社区戒毒工作创新,主要有这样几个方面:

①广泛宣传社区戒毒,营造良好社会支持。各州市制订了关于社区戒

[1] 例如昆明市确定 3 个省级试点、18 各市级试点。

毒的宣传方案，以各种群众喜闻乐见的方式开展社区戒毒宣传，如组织讲座，以电视、手机短信、社区橱窗、宣传横幅、流动车、报刊等宣传媒介传播社区戒毒资讯。工作小组深入细致走访社区群众、涉毒人员及家庭成员，开展宣讲和动员工作，形成较大规模的舆论态势，广泛宣传社区戒毒，积极消除社会对戒毒人员的歧视，强化对社区戒毒的认识。

②普遍开展专项摸底排查工作，认真确定社区戒毒对象。各州市充分依托公安机关动态管理平台信息和基层派出所尿检制度，全面开展本辖区内的社区戒毒人员排查摸底工作。按照《禁毒法》规定，对“户在人在”和“人在户不在”的人员，认真实施“见面排查”，逐一登记，建立社区戒毒人员档案和台账，先期做好基础信息采集，确定社区戒毒目标人员。对“户在人不在”的人员进行信息跟踪，尽量做到掌握去向。

③做好各项社区戒毒人员接转工作。各州市完善法律程序，按照“见面算数”的方法，对见面人员宣布《社区戒毒、康复决定书》，签订《社区戒毒协议书》和《社区康复协议书》；将公安机关的登记资料等信息对接移交到社区戒毒工作机构，进行社区戒毒人员的移交，帮助社区戒毒工作人员熟悉戒毒人员及详细信息。

④组织开展社区戒毒工作，探索管理经验。第一，制定了社区戒毒的工作流程和制度，定期与社区戒毒人员见面谈话，组织走访，及时了解和掌握戒毒人员家庭情况、生活情况、外出情况和会友情况，配合公安派出所常规尿检，监督戒毒效果。第二，加强对戒毒人员的管理，监督检查戒毒人员遵守《社区戒毒协议书》的情况，并按照遵守情况对戒毒人员实行分级管理，如德宏州的社区戒毒人员黄、橙、红三级管理。

⑤关爱、帮助戒毒人员，切实解决生活和就业困难。各社区在戒毒工作开展以来，以不同的方式真心关爱戒毒人员，实施了走访、看望、慰问等行为，有条件的社区还适当给予经济救助，帮助戒毒人员解决生活困难，解决家庭矛盾，努力为戒毒人员争取社会低保，积极想办法帮助就业，想方设法扶助戒毒人员融入社会。

2.社区戒毒的实践探索与成功经验

《禁毒法》的出台有效促进了我国多方位、多层次、多渠道的新型戒毒体系的形成与发展，从而有效地保证了戒毒治疗过程中生理脱毒、心理矫

治、社会帮教的全面实施,突出了戒毒工作的社会化。但是由于禁吸戒毒工作的复杂性,各地社区发育程度的不一致性及受为贯彻《禁毒法》实施而配套的相关法规及规范性文件缺位等因素的影响,社区戒毒仍然存在着诸多疑点与问题,实施起来困难大。因此,对社区戒毒相关措施的具体实践与探索,显得尤为必要。我们针对云南农村社区和城市社区选择了两个成功样本,通过实际开展效果深层次研究社区戒毒的成功经验。

(1)样本1:城市社区戒毒的实践探索与成功经验——以昆明市五华区为例

①吸毒人员社区矫正的理论探讨

首先,拓宽了社区矫正的内涵。按传统观点,社区矫正是一种刑罚的执行方法,显然,其矫正对象已定性为罪犯。而这明显与我国对吸毒行为的定性、《禁毒法》规定社区戒毒及社区康复的主要目的等不相吻合。如《禁毒法》第六十二条明确规定:“吸食、注射毒品的,依法给予治安管理处罚。”可见,对吸毒行为的定性只是“违法”,而不是“犯罪”,因此,对吸毒行为不能纳入社区矫正的范畴,显然这一观点与《禁毒法》中明确规定的“吸毒成瘾人员,公安机关可以责令其接受社区戒毒”等相关内容相冲突。

其实在国外,社区矫正的英文名称为 Community correction,又可译为“社区矫治”,较常见的包括缓刑、假释、社区服务、暂时释放、中途之家、工作释放、学习释放等。因此从广义上讲,社区矫正应包括所有在社区环境中预防违法犯罪及管理教育罪犯方式的总称,其矫正对象应包括犯罪者或具有犯罪倾向的违法人员。因此,五华区以此概念为依据,结合《禁毒法》的立法精神与相关条款,认为就毒品问题而言,社区矫正应包括毒品滥用的预防、毒品滥用群体的矫正、情节较轻的毒品犯罪群体的矫正等,从而拓宽了社区矫正的内涵。

其次,在社区矫正的功能方面,突出了戒毒工作的社会化。在政府的支持倡导下,五华区将戒毒人员的社区矫正纳入了整体的社区管理与建设活动体系之中,率先在昆明市挂牌建立起了九个社区矫正点,组成了由办事处禁毒专干、社区干部、社区医生、禁毒志愿者、派出所民警等多种力量构成的社区帮教队伍,摸索建立了一套新的社区帮教方法和工作制度,建立禁毒戒吸的社区控制网络,使禁毒戒吸工作由政府行为或公安部门的专项职能,变

成具有广泛社会参与性的社区防治体系。因此这种社区矫正具有较大的吸纳功能与矫治功能，是社区发展与成熟的一个重要指标。

再次，在社区矫正的理念方面，切实体现《禁毒法》"以人为本"戒吸帮教工作理念。进一步加强对戒毒出所人员的社区帮教，深化社区矫正工作，更好地发挥了社区作用，巩固了禁吸戒毒工作的成果，切实体现"以人为本"的戒吸帮教工作理念，完善了五华区禁毒体系建设，切实地帮助了戒断吸毒人员解决生活及工作中遇到的实际困难，为他们摆脱毒瘾回归社区创造了良好的外部条件。

最后，在社区矫正的工作机制方面，进行了创造性的探索，建立了社区戒毒矫助点工作规章制度，规范了矫助点工作流程。为确保矫助点正常有序地开展工作，五华区依据《禁毒法》相关内容，在总结多年禁吸帮教工作经验的基础上，研究制定了《五华区社区戒毒协议书》、《五华区社区矫助点工作目标》、《五华区社区矫助点工作制度》、《社区矫助点工作者、志愿者工作职责》、《五华区社区矫助点对帮教学员的管理规定》、《五华区社区矫助工作流程》等多项规章制度，在全区统一实行，使五华区禁吸帮教工作规范有序地发展。

②五华区吸毒人员社区矫正的实践探索

在吸毒人员社区矫正的实践方面，五华区结合自身实际，以社区矫正理论为指导，不断创新矫正方法，进一步加大了对矫正对象的帮助，探索出了一些行之有效的措施，社区矫正成效明显。

第一，领导高度重视社区矫正工作

五华区委、区政府高度重视，把社区矫助工作作为逐步减少和消除毒害，促进社会稳定，实现"打造平安五华，构建和谐社会"的重要措施，作为五华区禁毒人民战争的一项重要内容，专门召开区禁毒委员会领导会议专题研究社区矫助工作。按照昆明市禁毒委《关于在全市推行社区矫助工作实施意见》，结合五华区实际制定了《五华区吸毒人员社区矫正点工作实施方案》，在全区禁毒工作会上进行了部署，要求全区各乡、街道办事处、禁毒成员单位认真贯彻省、市党委、政府的指示精神，按照上级部门的要求，各司其职，各尽其能，把社区矫助工作做实、做深，使更多吸毒人员戒断毒瘾，回归社会。为确保社区矫助工作落到实处，区政府逐年增加了禁毒经费投入，

保障了矫助点的建设和矫助活动的开展。

第二,建立健全社区矫正工作机制

五华区党委、政府积极支持社区矫助点的建设,在上级禁毒部门的指导下,各乡、街道办事处积极开展矫助点基础建设。

一是设立矫助点、落实活动场地。根据五华实际,以每个乡、办事处为单位,各设立一个矫助点。各乡、街道办事处在辖区内选择在办公条件较好的社区、(村)居委会内建立矫助点,并落实了开展矫助工作专用的活动场所。

二是设立矫助点领导机构。在乡、街道办事处成立由党工委副书记为组长、综治办副主任为副组长,各社区主委为成员的矫正工作领导小组,各社区禁毒专干具体负责日常工作,层层落实责任。

三是由街道办事处、社区居委会的禁毒专干和派出所社区民警组成了社区矫助工作组,在辖区内招募社区禁毒工作志愿者,组成帮教队伍。目前,全区建立了一支由1184名热心禁毒事业的各界人士组成的禁毒自愿者队伍。

第三,加强培训,提高社区帮教工作者业务水平

吸毒人员社区矫助工作是新形势下社区禁吸帮教工作发展的要求,为了确保矫助工作落到实处,取得实效,提高社区帮教工作者业务技能是关键。为此,五华区加强了社区禁毒工作者的培训活动。一方面,专门组织各乡、街道办事处分管领导、综治专干、社区禁毒专干、派出所社区民警学习省、市党委、政府、上级禁毒领导部门关于社区矫助工作的指示精神和工作要求,使各级、各部门领导及工作人员迅速转变观念,调整工作思路,切实帮助戒毒人员解决生活、就业中的实际困难和问题,扶难救困,从思想上、生活中给矫助对象最大的帮助,为他们摆脱毒瘾、回归社会创造良好的外部条件,使社区矫助点真正成为吸毒人员在强制隔离戒毒所完成生理脱毒回到社区后,继续进行心理和行为矫治的基地。另一方面,区禁毒办专门培训与日常工作指导相结合,积极组织业务培训活动,借鉴戴托普等一些专门戒毒机构可行的做法和工作经验,邀请研究药物依赖的专家举办吸毒人员社区矫助点骨干培训班,对街道办事处的综治主任、社区矫助点专干及工作人员从吸毒人员戒毒期间的心理特征、如何开展社区帮教活动以及开展此项工作的理论基础、注意的问题等方面进行了多次培训。基本掌握了社区矫助点的运作和管理模式,加强了面对面开展帮教工作的业务水平,为全面开展

矫助工作打下了良好的基础。

第四,全面落实吸毒人员无缝隙管控工作机制

为使吸毒人员的发现、送戒、帮教等各个环节紧密衔接,环环相扣,确保吸毒人员管控工作落到实处,全面落实吸毒人员无缝隙管控机制,确保吸毒人员管控吸毒人员从被发现送强制隔离戒毒到在戒毒所戒毒期满后回到社区纳入帮教的全过程建立了无缝隙管控制度。社区、派出所在帮教中,发现列帮人员重新吸毒或者在日常工作中发现吸毒人员,由派出所送强制隔离戒毒,解毒期满后,戒毒所通知区禁毒办,由禁毒办统一接回,交辖区派出所和社区进行列管帮教。派出所和社区与戒毒学员家属签订帮教协议和责任书,切实做到了对吸毒人员"发现得了,控制得住,底数清,情况明"的目标。2007 年以来,市戒毒所共释放吸毒人员 225 名,全部实行无缝隙管控纳入社区帮教。

第五,全面落实禁吸帮教工作措施

一是采取普遍列帮与重点帮教相结合的方法,有针对性地开展矫助活动。各社区矫助点在与戒毒出所人员全部建立联系普遍开展帮教的基础上,选择其中戒断毒瘾主观意愿强烈、吸毒时间短、积极配合矫助工作的对象进行重点帮教。每年每个社区确立两名重点矫助对象开展工作,尽力帮助其延长巩固期,力争达到彻底戒断的目标,积小为大,不断扩大戒断巩固面,逐步达到大多数吸毒人员都能彻底戒断毒瘾的目标。

二是坚持指导与监督相结合的方法,加强管理。在社区矫助工作中,一方面对吸毒时间较长,毒瘾较深,思想不稳定的矫助对象提供戒毒用药及用药指导,引导参加美沙酮替代治疗。另一方面派出所按照吸毒人员管理规定,按时限不定期地对矫助对象进行尿液检测,发现复吸的,及时送强制隔离戒毒继续进行强制性生理脱毒。

三是坚持以思想教育的方法进行心理矫治。帮教小组按照三个"不"和三个"一",即对吸毒人员不歧视、不推诿、不揭短、一视同仁、一以贯之、一腔热情的方式坚持每月一次谈话制度,加强与矫助对象的联系,及时了解掌握矫助对象思想状况、生活情况,并结合个体情况针对性地开展思想教育。同时,广泛发动和依靠人民群众的力量,充分调动禁毒志愿者、青年志愿者及社区工、青、妇等群团组织参与"社区矫助点"工作的积极性,在社区

群众中进行扎实细致的思想工作，利用亲情、友情感化矫助学员，逐渐消除人们对矫助对象的偏见和歧视，努力创造宽容、关爱、接纳的社会环境，用社区工作者的真心和禁毒社会工作者的责任心树起矫助学员的自尊心，坚定戒除毒瘾的自信心。

四是以组织开展各种活动的方法，丰富矫助形式。社区矫助点坚持每月开展一次矫助活动，以组织矫助对象学习毒品危害、法律法规、道德规范等知识，组织参加社区公益劳动、文体活动、禁毒宣传活动、重大节日座谈会等多种形式，进行内容丰富的帮教活动。通过这些有益的、健康的活动，加强矫助对象融入社会正常生活的能力，感受社会的温暖。

五是以"助"促"矫"，帮助矫助对象解决实际困难，增强戒断巩固成果。大部分吸毒人员处于无法自食其力、家庭贫困的恶性循环之中，成为了社会极端弱势群体。开展困难救助，开展技能培训、安置就业，为他们自谋出路提供帮助以解决生活困难，是近年来五华区对吸毒人员以人为本实行人性化管理，开展禁吸帮教工作的有效方法。近年来，全区为 176 名矫助对象办理了低保，为 35 人安排了工作，为 96 人介绍了工作，给 124 人发放了困难救助金 3 万余元，为 32 人解决了子女入学等其他困难问题，受助人数达 463 人。通过帮助戒吸学员解决实际困难，使矫助对象恢复自立、自救能力，找到生活的方向和前进的动力，为矫助对象巩固戒断成果提供了有力的支持，再辅之以思想教育、心理矫治等方法，使戒吸成果得到了较好的巩固。如曾得到温家宝总理接见的护国桥社区矫助人员高益华以前多年吸毒，多次戒毒，2005 年 8 月，高益华第四次戒毒出所后，护国社区矫助点在对其进行思想教育帮助其树立戒毒信心的同时，考虑到高益华生活无着落的实际困难，因该人具有服装剪裁、缝纫的手艺，办事处和派出所积极想办法，与有关部门和单位协调，在南强街街口为其安排了一临时铺面，让高益华经营使用。时至今日，高益华的缝纫铺生意良好。解决了生活之忧的高益华在有关部门的关怀下，感受着党委、政府和社会的温暖，一直坚定着戒断毒瘾的信心，戒断期已达两年多。

矫助对象蒋某因吸毒受家人痛恨，邻里歧视。戒毒出所后，社区矫正点及时开展接茬帮教工作，除了从思想上做工作外，为其安排临时摊点，维持了基本生活需要。后又根据本人提出想与另外一名矫助同伴开一个小吃食

店的想法，社区和办事处又想办法在府东街争取到了一个临时商棚，两名戒吸学员自食其力，过上了正常的生活。从2004年至今，两人戒断巩固期已达3年。中央电视台《平安中国》、《法制在线》、昆明电视台的《梅子开讲》等栏目分别专门进行了采访报道。

龙翔街道办事处始终把吸毒人员社区矫正工作作为推动“无毒街道”、“无毒社区”创建活动的工作重点，真正把社区矫助工作落到实处，着力在帮助吸毒人员解决生活困难和就业问题上下功夫，社区建设取得明显成效。其辖区共有在册吸毒人员322名，实有吸毒人员83名，其中戒断一年的有27人，二年的有20人，三年以上的达到36人，成功创建无毒社区3个。为此，昆明电视台《梅子开讲》栏目专门制作了一期《社区矫助照亮生命》节目，在社会上引起了强烈反响，一些观众及吸毒人员纷纷打电话到电视台询问相关情况寻求帮助，并反映这期节目为他们指明了生存下来的路子，看到了回归家庭重返社会的希望，有了找到家的感觉。

综述之，五华社区在吸毒人员社区矫正的理论与实践方面都进行了大胆的实践与探索，工作开展得生机勃勃，丰富了社区矫正的内涵，对社区戒毒模式的推广、完善等有一定的参考价值。

（2）样本2：农村社区戒毒/康复的实践探索与成功经验——以腾冲县荷花傣族、佤族乡为例

在贯彻执行《禁毒法》过程中，云南作为毒品重灾区，是一个多民族省份，25种少数民族分布在全省不同的范围内，全省各县都有一定比例的民族乡、镇。这些民族乡镇在经济文化发展、社区建设、基层组织功能、民族生活习性、群众对毒品危害的认识、禁吸戒毒资源等与禁吸戒毒工作开展有关的要素上与汉族聚居地的乡镇和农村存在一定差别，在没有经验借鉴的特殊历史情况下，社区戒毒和社区康复戒毒模式工作的开展具有特殊的难度。如何构建民族地方社区戒毒和社区康复模式，巩固民族地方禁吸戒毒成果，保障民族地方的社会经济发展，最大限度地拯救吸毒人员，是一个必须探索的重要问题。在腾冲县委、县政府和县禁毒委的领导下，荷花傣族、佤族民族乡率先在全县范围内开展社区戒毒和社区康复试点工作，并在全乡范围内全面推动了社区戒毒和社区康复实践。通过一段时期的工作开展，乡党委、政府和各级职能部门不断总结成功做法，分析查找工作环节中存在的问

题,逐步加强建设,目前已形成了具有当地特点的社区戒毒、社区康复工作模式,有统一的领导和健全的组织机构,目标明确,职责清楚,方法和措施具有可操作性,保障到位,开创了禁吸戒毒工作新局面。荷花乡社区戒毒和社区康复工作模式的形成对于云南省没有任何经验借鉴的社区戒毒和社区康复模式的构建起到很好的示范作用,为云南省民族乡的社区戒毒、社区康复工作开展提供了宝贵的经验。

①荷花傣族、佤族民族乡毒情概述

荷花傣族、佤族民族乡是保山市腾冲县所辖的一个多民族聚集乡,位于腾冲县西南部,南端与德宏傣族景颇族自治州梁河县囊宋乡毗邻,总面积125平方公里,下辖甘蔗寨、羡多、尖山、杏塘、明朗、朗蒲、永乐、坝派、囊烟、雨伞、肖庄10个村民委员会,43个自然村,96个村民小组。至2008年年末共有6,905户,总人口27,146人,总人口中男性13,911人,女性13,235人;民族人口中,傣族5,077人,佤族1,624人,还有傈僳族68人,傣族、佤族占总人数的24.68%,少数民族占总人口的26.84%。自20世纪80年代世界毒潮泛滥以来,荷花乡成为毒品走私通道之一,吸毒人数逐年递增,毒品问题成为荷花傣族、佤族民族乡社会稳定和经济发展的一大障碍,吸毒问题突出的有朗蒲、永乐、坝派、囊烟、雨伞、肖庄等民族村寨,禁吸戒毒成为困扰当地少数民族和乡政府的一道难题。究其原因,其一,荷花乡历史上就有种植毒品鸦片原植物罂粟的历史,朗蒲、羡多、明朗、汪李、尖山等村都曾种植毒品原植物,少数民族形成了用烟枪吸食毒品鸦片的习惯。其二,荷花乡籍人员到德宏、缅甸打工的较多,一些乡民在打工地染上毒瘾,回乡后屡戒不断,与乡里原有的吸鸦片者结合在一起构成荷花吸毒人群主体,其中一部分人为了筹措毒资,逐渐以贩养吸,形成了荷花乡零星贩毒的市场,并不断拉拢滋生新吸毒人员。其三,荷花乡南端与德宏州梁河县囊宋乡毗邻,是金三角"贩毒走廊"的必经通道,随着世界毒潮泛滥的不断渗透,贩毒分子与荷花乡"以贩养吸"的吸毒人员勾结起来,充分利用荷花乡人"人熟、地熟、情况熟"的优势,将境外购得的海洛因或鸦片等毒品通过荷花乡向内地运输,荷花乡成为毒品走私运输方式"小站移动"中的一个重要"中转小站"[1]。

---

[1] 根据《2008年荷花乡派出所工作总结》整理总结。

其四，鉴于上述原因，荷花乡的毒品价格相对腾冲县的其他乡镇便宜，且较易获得，形成了吸毒便利条件。其五，家庭教育缺失。由于对毒品的严重危害缺乏深刻认识，加之部分家长缺乏教育子女的正确方法，不是溺爱就是放任，孩子吸毒后，一些父母采取纵容或者不闻不问的态度，助长子女最终吸毒成瘾。如肖庄村青年杨华吸毒后，其父母借债买毒品给儿子吸食，并阻挠公安机关送其子去戒毒，两年后杨华吸毒过量死亡，其父母背了 10 多万元的债务，留下终身悔恨。民团村有一个家庭 4 个儿子全都染上了毒瘾。❶

荷花傣族、佤族民族乡一度成为腾冲县的毒品重灾区，毒品危害逐步显现。乡党委、政府带领全乡各族人民群众积极应对毒品危害之难题，不断探索实践有效的禁吸戒毒措施，净化全乡的社会环境，营造禁吸戒毒良好社会氛围。由乡政府制定了《禁毒宣传工作计划》等一系列制度，通过发放宣传单、张贴标语、定期广播、办黑板报等形式在全乡各村寨广泛宣传，增强少数民族群众识毒、防毒和拒毒的意识，落实“六个知晓”，知晓党和政府厉行禁毒的严正立场和坚强决心；知晓荷花乡三年禁毒人民战争主要内容和目标；知晓毒品造成的危害；知晓禁毒法律法规；知晓毒品预防知识；知晓举报毒品违法犯罪的方法和《云南省举报毒品犯罪奖励暂行办法》。提高少数民族群众自觉抵御毒品的能力，将禁吸戒毒宣传教育送进学校和教室，使学生认识到毒品的危害性和禁毒的重要性，建成了荷花民族中学和朗蒲完小两所禁毒示范学校。❷ 通过这些有力的举措，实现了全乡近年来无新生吸毒人员的禁毒目标。同时切实落实“禁毒人民战争”的各项工作，乡派出所加大了专项整治力度，着力打击零星贩毒，加大收戒吸毒人员的力度，近年来，实现了全乡吸毒人员零增长的目标，戒断巩固卓有成效，原有吸毒人数逐年下降，2006 年年底统计的现有 220 名吸毒人员，2007 年现有吸毒人员 191 人，2008 年现有吸毒人数 182 人，共减少了 42 人，逐步取得禁吸戒毒成效。❸

②荷花傣族、佤族民族乡社区戒毒、社区康复模式建设过程中的主要经验和成效

---

❶ 根据《2008 年荷花乡派出所工作总结》整理总结。

❷ 根据《荷花乡禁毒宣传工作计划》整理。

❸ 根据《2008 年荷花乡派出所工作总结》整理。

第一，乡党委、政府高度重视禁吸戒毒工作，迅速反应，积极行动，贯彻《禁毒法》，推进社区戒毒和社区康复模式建设

贯彻执行《禁毒法》关于社区戒毒和社区康复戒毒模式的进程中，重视程度和实施速度是一个首要的因素，原因有二：其一，社区戒毒和社区康复建设具有较大难度，我国没有社区戒毒和社区康复的实践经验，禁吸戒毒社会化条件不成熟，加之《禁毒法》只规定了社区戒毒和社区康复的原则，尚未出台关于社区戒毒和社区康复的实施方案。但是2008年6月1日《禁毒法》一经生效，即法定了社区戒毒和社区康复的全面开展，因此，许多实践部门普遍感觉到工作有难度，认为无法在当地实施社区戒毒和社区康复；许多学者甚至认为《禁毒法》关于社区戒毒和社区康复的规定是"纸上谈兵"。其二，《禁毒法》颁布生效后，社区戒毒和社区康复的适用对象将立即被划分和执行，实践的需求不会因建设社区戒毒和社区康复模式的工作难度而改变，一旦建设速度和实际戒毒需求间出现差距，会影响多年来的禁吸戒毒成果，导致因禁吸戒毒模式的变化和建设不到位的真空状态，使戒毒成果毁于一旦。荷花乡是一个毒品重灾区，禁吸戒毒任务重，《禁毒法》的颁布实施，将对荷花乡禁吸戒毒工作提出新的要求。荷花傣族、佤族民族乡党委、政府、禁毒委充分认识到这一点，不等不靠，迅速反应，占领先机，建设社区戒毒和社区康复模式，巩固近年来的禁吸戒毒成果，避免出现戒毒模式转换过程中的真空和脱节。高度重视和迅速反应意味着荷花乡党委政府知难而上，坚决贯彻《禁毒法》、敢于试点、开拓进取的决心。《禁毒法》生效实施后，荷花乡即确定了以实现吸毒人员零增长目标、提高吸毒人员的戒断巩固率和开展社区戒毒、社区康复为今后一个时期内的禁毒工作主攻方向[1]，认真贯彻执行《禁毒法》规定，进一步提高全乡对禁吸戒毒工作和开展社区戒毒、社区康复工作的重要认识，要求全体乡村干部从讲政治的高度认识毒品的危害性，从实践"三个代表"重要思想、进一步落实科学发展观重要理论和构建"和谐荷花"的高度，充分认识开展社区戒毒、社区康复的紧迫性、重要性、艰巨性和长期性。于2008年3月12日成立了社区戒毒、社区康复工作领导小组，在全县范围内首先开展社区戒毒和社区康复试点工作，并进行

[1] 根据《荷花乡开展社区戒毒和社区康复工作实施方案》整理。

管理经验汇总。《禁毒法》正式生效实施后，荷花乡 2008 年 10 月 25 日在全乡范围内因地制宜全面推动了社区戒毒和社区康复实践。目前全乡共有 20 名被决定社区戒毒的人员，有 30 名被决定社区康复的人员。

第二，积极创造条件，为荷花乡社区戒毒和社区康复禁吸戒毒工作的开展做好各方面保障

制度保障。以《禁毒法》颁布实施为契机，荷花乡党委政府集各职能部门认真研究乡情毒情，根据各级领导机关《关于开展社区戒毒和社区康复试点工作的通知》及《腾冲县新一轮禁毒人民战争实施方案》的部署，研究分析后制定了全乡社区戒毒和社区康复的工作制度，2008 年 10 月 25 日以荷发(2008)42 号文出台了《荷花乡开展社区戒毒和社区康复工作实施方案》，以制度的形式保证全乡的社区戒毒和社区康复工作有切实可行的依据。

组织机构保障。荷花乡严格执行《禁毒法》规定，建立了社区戒毒和社区康复领导机构和组织机构，乡政府承担责任主体，建立了社区戒毒和社区康复的组织体系，包括领导小组、领导小组办公室和工作小组三个层级的工作机构。第一层级，乡政府成立了荷花乡社区戒毒和社区康复工作领导小组，确定其职责为“组织、协调、指导有关部门和基层组织落实社区戒毒、强制隔离戒毒和社区康复等有关戒毒工作措施”，领导小组由乡党委书记任组长、乡长和纪委书记任副组长、乡直属机关单位和个村委会主要领导成员为领导小组成员。第二层级，在乡党政办公室设立领导小组办公室，以乡综合治理办公室和乡派出所主要领导担任主任，由派出所民警、乡司法所干部和禁毒专干担任成员，具体实施各项工作措施。第三层级，工作小组，在全乡十个村委会设立社区戒毒和社区康复工作小组，针对本村的社区戒毒和社区康复目标人群开展具体有针对性的措施。加大本级工作机构的力度，增加了成员力量，吸纳村寨干部、社区民警、被决定社区戒毒和社区康复人员的家庭成员、乡直属机关挂钩单位工作人员、社区医务人员、志愿者和禁毒社会工作者等各方面成员组成，考虑禁吸戒毒实际情况，在有女性戒毒对象的村社，工作小组至少吸纳一名女性工作者参加。明确了三级机构之间的工作衔接制度，由下至上，工作小组有职责及时将社区戒毒和社区康复开展情况向上一级机构汇报。

职能保障。根据《禁毒法》的要求，明确各部门职责，保证工作的落实，

充分挖掘乡直机关和各禁毒成员单位的职能作用，进一步明确各单位在社区戒毒和社区康复工作体系中的职责，将社区戒毒和社区康复的相关任务分解到各职能部门，协同构成社区戒毒和社区康复工作机制。职责详细分解为：第一，社区卫生服务机构和其他医疗机构负责社区戒毒和社区康复中的戒毒治疗和其他相关疾病治疗，由乡卫生行政部门统一指导和协调。第二，乡派出所负责对社区戒毒和社区康复人员进行定期监督检测；负责动态管理，登记和上报社区戒毒和社区康复人员的各项信息；参与社区戒毒人员和社区康复人员的日常管理；协助卫生行政部门开展社区药物维持治疗工作。第三，乡司法所负责对社区戒毒和社区康复人员开展法制宣传和教育，提供司法援助，维护其各项合法权益。第四，民政部门负责指导社会工作者开展社区戒毒和社区康复工作，安排社区戒毒和社区康复人员的社会救助。第五，财政部门负责保障禁毒工作经费。第六，人力资源和社会保障部门负责对社区戒毒、社区康复人员提供必要的职业技能培训，联系和创设就业岗位。第七，教育部门对社区戒毒人员、社区康复人员提供文化教育帮助。第八，农业、科技、工会、共青团、妇联及其他相关职能部门发挥自身职能优势，积极参与社区戒毒和社区康复工作。

经费保障。荷花乡党委、政府认真领会《禁毒法》第三十四条"城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作"之规定，切实履行乡政府的社区戒毒和社区康复法定职责，由乡政府负责经费保障，把社区戒毒和社区康复工作经费列入乡政府财政经费预算，同时广开渠道，积极争取上级部门经费补助，以保障社区戒毒和社区康复工作经费，切实推动社区戒毒和社区康复工作。

第三，对民族乡社会帮教模式的禁吸戒毒资源进行有效转换，创建社区戒毒和社区康复模式

荷花民族乡原来已形成成熟的、具有宗族和民族习惯特点的禁吸戒毒社会帮教工作机制，目前成为社区戒毒和社区康复模式建设的重要基础。"在民间和传统文化中蕴藏着丰富的、尚未开发的资源，如果能对它们进行深入挖掘、细心整理并加以合理利用，无疑会大大推动我国的禁吸戒毒工作的发展。"[1]长期以来，荷花乡各村、寨在腾冲县委、县政府、县禁毒委和各级

[1] 唐斌：《痛击毒魔——禁毒理论与实践》，上海社会科学院出版社2006年版。

禁毒部门指导帮助下，注重调查研究乡内辖区各村寨的毒情形势，发动民族乡基层组织和群众的力量，以民族生活习性为基础，研究制定了禁吸戒毒帮教方案，确定了“党委政府负责、派出所及相关职能部门参与、村委会为依托”的工作思路，创建了荷花乡吸毒人员社会帮教戒毒新工作机制，其主要的特点是善用民族和宗族习惯，在戒毒过程中落实人性化帮教，并尽最大可能为帮教对象创造就业机会，巩固戒毒成果，让戒毒人员正常融入社会。在具体帮教工作中，荷花乡主要采取以下几步紧密衔接的措施：全力开展吸毒人员排查，确定帮教对象，与吸毒人员和其监护人签订《戒毒协议书》，界定戒毒帮教过程中各方面参与者的权利、义务，规范帮教工作。2008 年共签订有各方参与的帮教协议书 200 余份[1]；各村寨依托本民族或宗族习惯，以各族的长辈或权威尊长为主成立帮教监护小组，借助村寨的民族或宗族内部权威开展戒毒帮教。全乡各村寨都因地制宜开展了不同形式的宗族式或民间戒毒帮教模式，毒品重灾区之一的朗蒲村成立了“李氏宗族戒毒帮教小组”，由族长兼任监护小组小组长，李氏家族的其他理事担任成员，利用宗族族长的威信和影响力约束吸毒人员戒断巩固。开展帮教以来，朗蒲村李姓吸毒人员近几年吸毒人员戒断巩固率达到 100%。动员全乡社会力量，充分利用有益的人脉资源形成了“老年协会帮教”和“家庭帮教”等帮教形式，逐步形成了荷花乡禁吸戒毒社会化体系。人性化创设帮教措施，从每个帮教对象的实际出发，分析家庭背景、涉毒经历、心理特征等具体情况区别对待，对症下药对帮教对象进行心理、卫生知识和道德观等教育，组织帮教对象学习国家禁毒法律法规，深刻认识毒品危害；监护小组认真开展工作，负责对家族内的帮教对象进行日常的监督和管理，每月定期谈话，听取帮教对象有关生活、工作和阶段巩固思想动态的报告，督促帮教对象定期到派出所进行尿液检测，并走访帮教对象的监护人，随时做好跟踪调查，监督检查戒毒情况；帮助帮教对象恢复生产，提供就业机会，树立生活信心。加强管理，做好帮教记录，以两个月为周期记录帮教对象的戒毒情况和走访监督过程，并建立帮教档案；乡派出所充分发挥职能作用，围绕“社会面基本无失控吸毒人员”的目标，主动上门与帮教人员见面，针对帮教人员的戒毒

[1] 数据来自《2008 年荷花乡派出所工作总结》。

实际，开展两个月、三个月和半年一次的定期尿检，辅之以临时性抽查，防止帮教人员作假对付尿检，核查帮教巩固情况。据统计，2008年，派出所进行定期尿检500余人次。建立帮教考核制度，乡党委、政府定期对帮教监护小组的工作成绩进行考评，设立奖惩❶。

帮教机制有效的转换，构建社区戒毒和社区康复工作机制。《禁毒法》颁布以来，荷花乡以帮教机制的资源和经验为基础，创建社区戒毒和社区康复的新工作模式，实现了组织和工作机构、工作措施的转化和创新。主要的转化和创新体现在以下环节：全乡十个村委会统一设立"社区戒毒和社区康复工作小组"，统称"××村社区戒毒和康复工作小组"。小组成员由原帮教小组成员的村社干部、社区民警、戒毒或康复人员家庭成员或监护人、乡直挂钩联系单位工作人员等组成，原有的宗族戒毒帮教小组转换为社区戒毒和社区康复工作小组，同时吸纳新增了社区医务人员、禁毒志愿者和社会工作者等人员成分。这种人员组成模式既能保持原有帮教成员的戒毒帮教感情纽带，发挥小组成员经过多年培养提高的专业工作技能，又能促进社区戒毒和社区康复专项工作中治疗、管理等专门措施的开展。

以帮教工作措施为基础，研究制订了社区戒毒和社区康复的具体措施。社区戒毒和社区康复的成功与否很大程度上取决于具体执行措施的科学性，我国《禁毒法》未对社区戒毒和社区康复规定操作细则，荷花乡根据《禁毒法》精神的指导，依托帮教措施，创新了较为详细的社区戒毒和康复措施，配备了五名禁毒协警人员专职负责社区戒毒和社区康复工作，同时接受乡政府和派出所的领导。主要的职责是对社区戒毒和社区康复的两类人员进行有效管理和帮助，统一管理全乡社区戒毒和社区康复的情况，依托原社会帮教机制中的有效方法和经验，由工作小组了解戒毒和康复人员的生活、思想状况，提供戒毒知识辅导和法律援助、就学或者就业援助，对戒毒和康复人员进行定期家访、交谈和开展尿检、诫勉，定期进行戒毒效果评估，开展禁吸戒毒法律法规的宣传。在执行中，乡派出所在24小时内接回被决定社区戒毒或社区康复人员，也可以由本人自接到《责令社区戒毒通知书》后的7日内到乡人民政府报到。乡人民政府接到公安机关决定社区戒毒或社区

❶ 根据《2008年荷花乡派出所工作总结》整理。

康复的通知后，根据社区戒毒或康复人员基本情况，指定所在××村社区戒毒和康复工作小组负责，由小组成员通知到场并与社区戒毒或康复人员签订《社区戒毒协议书》或《社区康复协议书》，建立规范的档案管理；社区戒毒模式的戒毒治疗主要采用干戒法和药物维持治疗，其中药物维持治疗由专业机构支持，每天由美沙酮诊所的流动服务车定时送药，按照规定服用。

为社区戒毒和社区康复人员争取和创设工作岗位，重视劳动康复的作用，帮助戒毒人员回归社会。

现代戒毒理论认为，“吸毒成瘾行为是一种慢性易复发的脑部疾病”❶，有较强的精神和生理依赖性，具有反复发作的特点。戒毒需经过生理脱瘾、心理脱瘾、回归社会三个阶段，这个过程需要较长的时间，对戒毒人员必须要有一定程度的约束力，在社会人力、物力、财力等多种社会资源的帮助下，让吸毒人员最终脱离毒品危害，正常融入社会。劳动康复在戒毒过程中具有重要的作用，能让戒毒人员通过劳动增强身体素质，减少接触毒品的机会，延长不吸食毒品的时间，掌握劳动技能，自食其力，重塑健康人格，获得经济收入。但是，长期以来，吸毒人群被社会歧视，丧失就业机会，难以获得劳动康复的途径，这是戒毒康复的难点。荷花乡党委、政府发挥智慧着力解决这个难点，协调有关各方，突破了戒毒人员就业难的瓶颈，千方百计增加就业机会，目前已经为吸毒人员提供了60多个工作岗位，同时，也利用此契机进一步丰富了构建荷花乡社会化禁吸戒毒体系。分析荷花乡的就业帮助工作方法，一是鼓励自主创业，为有能力自主创业的吸毒人员开通创业绿色通道，提供就业便利，肖庄村已有三名吸毒人员开办了石材加工厂。二是将为吸毒人员提供就业机会与招商引资联系起来，利用荷花乡石材丰富、对本乡和外来投资者有较强吸引力的优势，在签订投资合同时将“同等条件下优先招录我乡吸毒人员务工”规定为投资生产的条件之一，硬性保障吸毒人员的就业岗位。2006年以来，腾冲伟泰石业为荷花乡15名吸毒人员提供工作岗位，肖庄村段姓私营商户先后招录了20余名吸毒人员。三是专门为吸毒人员创设部分公益性岗位，如社区清洁等。四是对愿意申请到康复场所参加康复劳动的吸毒人员，批准前往。

---

❶ 刘行：《社区戒毒(康复)工作浅析》，杜新忠戒毒、禁毒专业网，2008年11月22日。

分析上述经验,《禁毒法》颁布后,荷花乡迅速行动,切实落实法律规定,通过试点提炼了上述经验,是难能可贵的。乡政府承担戒毒主体的职责,统一思想认识,在戒毒经费、戒毒职能、领导和组织机构和制度等几方面部署安排,调动社会资源参与工作,转化原有禁吸戒毒资源,因地制宜,巧妙运用民族习惯的力量,重视社会面的禁毒社会宣传,抓好重点环节控制,主导和引导禁吸戒毒工作发展的社会化,逐步形成荷花乡禁吸戒毒社会化体系的框架,既具有当地特色,又符合戒毒的科学规律。

(二)社区康复(戒毒康复场所)的实践探索与成功经验

2009年1月至5月,云南全省范围内被决定社区康复的戒毒人员共有3396名,标志着云南省社区康复工作已经全面开展。根据《禁毒法》第四十八条之规定,社区康复参照社区戒毒的规定实施。在实践中,云南省各州市的社区康复的领导机构、工作机构、工作人员是"一套班子,两种职责",管理方式、工作措施、关爱帮助等环节与社区戒毒是一致的,也形成了一定的运行和交接制度,在原来云南省戒毒管理无缝衔接的经验基础上,社区康复与强制隔离戒毒的衔接基本顺利。管理中也实施建档和登记,签订《社区康复协议书》,遵守协议关于戒毒权利义务的各项规定,定期接受尿检等。云南省目前社区康复模式建设与社区戒毒有相同的特征,仅在适用对象上有所不同,在此不再赘述。

云南省自2003年开始"戒毒康复场所"戒毒模式的实践探索。由于吸毒具有反社会性、反道德性,以及吸毒危害和高消耗带来的极大经济、精神负担,吸毒者引起社会甚至家庭的厌恶而被排斥,戒毒人员出所后,有家不能回,就业和社会生活不被平等对待,生存得不到保证,想戒毒但苦于难以自控,还要应对生活压力和吸毒朋辈的不良影响,面对这些难以逾越的障碍,戒毒人员的弱势效应凸显。因此,在云南省开远市,部分戒毒人员在强制戒毒期满后自愿要求留下,部分已经回到社会的戒毒人员因不堪应对困难而自动要求回到强制戒毒所。开远市公安局针对戒毒人员自愿留所和要求返回的现状,于2003年实施了"安全岛"计划,同意自愿留所的戒毒人员仍然在强制戒毒所内继续劳动康复,享受来去自由的待遇,留所人员觉得自己的生理、心理、劳动技能等方面已做好回归社会的充分准备时,随时可以申请出所。随着自愿留所人员不断增加,开远市公安局强制戒毒所将"安

全岛”延伸和发展为“雨露社区”，为上述戒毒人员独立建设一个平等相处的、没有歧视的生存环境。有专业人士评价，“雨露社区”禁毒模式，走出了一条封闭式管理、医院化治疗、集体化生活、学校化教育、劳动化康复、回归社会后落实帮教的戒毒康复新路，许多戒毒人员在这里走上了新生之路。[1]

在国家和云南省两级党委、政府的领导下，云南省根据禁毒实际需求将昆明、开远、保山市隆阳区（市）3 个戒毒康复场所列入国家禁毒委康复场所重点建设单位，三地积极推进戒毒康复场所建设。开远市“雨露社区”工程建设于 2008 年 11 月全面竣工并投入使用，容量 300 人；昆明市“和谐家园”建设项目戒毒康复场所改造工程已经完成并投入使用；保山市隆阳区戒毒康复场所建设项目也已建设完毕，投入使用。开远“雨露社区”以戒毒为中心任务，确定了以帮助戒毒学员戒断毒瘾、康复身体、学习劳动技能、最终回归社会为根本目的，以康复场所可持续发展为方向，创造了“公司加康复场所”的生产模式，开发了人工钻石、鞋帮、皮具、金属制品、太阳能、摩托车篷杆、套装门加工制作等 12 个生产项目，生产产品 25 种，可提供 1, 500 个工作岗位，人均工资达 660 元，还以奖金、补贴等方式对生产积极分子给予表彰奖励，解决了戒毒人员的基本生活保障。积极开展技能培训，对戒毒人员进行职业技能培训和职业资质认证考核，至今已进行电工、焊工、钳工、汽车修理等培训 40 期 600 余人，参加认证考核 5 次 400 余人，100 余人取得资质证书，提高了戒毒人员融入社会的能力，形成了可持续协调发展的局面。至今为止，“雨露社区”共接纳自愿留所戒毒人员 1, 110 人，自愿返所人员 403 人，外县市自愿来加入的 56 人。目前社区实有 698 人，超过了强制隔离戒毒人数。2006 年以来，昆明公安强制戒毒所建设了集劳动就业、集体生活、职业教育、戒毒治疗功能为一体的“和谐家园”，2008 年，又成立了以工业生产为主、农畜渔业为辅的综合产业实体——新望公司，实现了“和谐家园”戒毒康复场所的社会化、公司化运作，取得了戒毒巩固和良好的社会效应等成效。目前，康复就业区有 2, 120 亩土地，建成了占地 10, 000 平方米的生产厂房，引进了手工刺绣、裁剪缝纫、灯笼制作、礼品袋制作及儿童自行车组装等项目，有 556 个床位，可为戒毒康复人员提供近 3, 000 个岗位，日均在

[1] 根据开远市强制戒毒所提供的相关资料分析整理。

所康复人员270余人。目前安置了320名戒断期满的人员留所就业，共有2073名戒断学员自愿入园康复，其中1,806人已协议期满离开，现被决定强制隔离戒毒人员中有1,073人提交了戒毒期满后自愿到康复戒毒场所的申请。在内部管理上坚持以人为本、以戒毒康复为本，由管理人员为主、戒毒人员参与共同管理，发挥在所人员的自主性、创造性。目前，戒毒康复场所已经具备可持续发展的坚实基础。❶

1.昆明、开远"戒毒康复场所"显现出生机勃勃的发展态势，为戒毒巩固积累了经验

经过我们对问卷统计数据进行汇总后发现，戒毒人员对戒毒康复场所内的各方面指标的满意度较高，其中：对职业技能培训的总体满意度（包括很满意、较满意与一般，下同）为88.8%，不满意度（包括不太满意与很不满意，下同）为11.2%；居住条件的总体满意度为96.7%，不满意度为3.3%；对医疗条件的总体满意度为92.1%，不满意度为7.9%；劳动强度的总体满意度为87.2%，不满意度为12.8%；身体康复条件、方式的总体满意度为96.6%，不满意度为3.4%；心理矫治条件、方式的总体满意度为85.1%，不满意度为14.9%；管理、教育方式的总体满意度为90.9%，不满意度为9.1%；在戒毒效果上，总体满意度为93.5%，不满意度为6.5%；在戒毒管理人员的关心程度上，总体满意度为86.5%，不满意度为13.5%。我们对同期强制隔离戒毒所戒毒人员也开展了满意度调查，见表6-1。

表6-1　戒毒学员对戒毒所管理满意度统计表❷

项　目	满意度（%）	不满意度（%）
劳动强度	21.9	41.8
伙食标准	24	40.3
职业技能培训	33.2	28.4
心理矫治条件、方式	31.7	25.8

❶ 根据昆明市"和谐家园"对期满后回归社会的戒毒人员进行的跟踪统计数据显示：复吸人员仅有45名，复吸率不到3%，与同期强制戒毒未经留园康复回归社会后86%的发现复吸率相比，下降83个百分点，戒断巩固率大幅提升。

❷ 资料来自国家社会科学基金青年项目《云南禁吸戒毒模式研究》。

续表

项　目	满意度(%)	不满意度(%)
戒毒管理人员的关心程度	40.2	23.4
身体康复条件、方式	34.5	22.5
管理、教育方式	44	21.5
戒毒效果	50.3	12.7

与同期调查的强制隔离戒毒所戒毒人员的满意度比较，强制隔离戒毒所戒毒人员的满意度较低，同时显示出云南省“戒毒康复场所”各方面工作效果很好。具体分析，职业技能培训，居住条件，医疗条件，劳动强度，身体康复条件、方式，心理矫治条件、方式，管理、教育方式，管理人员的关心程度这几项指标体现了戒毒康复场所基础设施、内部管理的人性化的建设程度。上述满意度充分说明各级部门在“戒毒康复场所”的内部管理和戒毒巩固方面投入了很大的精力，真正遵循了科学戒毒理念和“以人为本”的管理理念；让戒毒人员在“戒毒康复场所”内获得了平等对待和关怀，不仅保障了基本的生活权利，还得到较高程度的生活品质福利。综合我们在现场实地所见所闻及与戒毒人员的座谈，我们认为，戒毒康复场所人员对戒毒人员有较大的吸引力。“戒毒康复场所”规划科学，功能齐全，生产区、住宿区、生活服务区布局有序，环境优美；管理制度采取管理人员主管和戒毒人员自治管理结合的方式，充分调动戒毒人员的主人翁意识；生产计划充实，劳动强度适中，工资收入稳中有升，保障稳定；内部引入社会化的生产及竞争机制，通过比纪律、比技术、比能力、比产量的评比争当技术员、组长，调动戒毒人员始终保持严肃活泼的工作和生活状态，创建一个与社会生活同步的模拟环境，营造出积极、竞争的生机勃勃的氛围。

2.戒毒人员普遍感觉戒毒康复场所是安全、和谐的环境

调查中，有67名戒毒人员认为戒毒康复时间不长，比重占总人数的74.6%。在戒毒康复场所内戒毒有担心的占41.4%，多数戒毒人员不觉得担心。认为自己和室友关系好的共有83人，占总数的86.7%；在问及“您愿意呆在康复中心戒毒”问题上，共有83人选择愿意，占92.2%；在“您最不喜欢哪种戒毒方式”问题上，选择戒毒康复场所戒毒的仅有2人，占总数

的2.7%;对戒毒管理人员的关心程度总体满意度为86.5%。综上,大多数戒毒人员不觉得戒毒康复时间长,没有太多的担心,与戒毒同伴关系良好,感受到戒毒人员的关爱,愿意待在所内。显示出戒毒康复场所对于他们而言是一个安全、和谐的环境。

3.戒毒康复场所戒毒模式有助于戒毒人员远离朋辈的拉拢

在“您的朋友中是否有人吸毒”问题上有86人选择了“有”,占有效样本的94.5%;共42名戒毒人员在“复吸的最主要原因”上选择了“受吸毒朋友的影响”,占总数的45.2%;在“您戒毒后第一次复吸的场所”问题上,63.5%的戒毒人员选择了“朋友家”。可见,吸毒朋辈相互施加不良影响是复吸的主要外部因素,使戒毒效果难以巩固。戒毒康复场所营造的无毒环境使戒毒人员远离朋辈,接触不到负面信息,也找不到毒品,客观条件制约了复吸,改善了戒毒人员的外部环境,帮助戒毒人员达到戒毒巩固的目的。

4.戒毒人员自我满意度较高,家庭关系良好

在家里人的关心程度上,总体满意度为93.3%,不满意度为6.7%;在戒毒过程中自己的表现情况方面,总体满意度为94.9%,不满意度为5.1%;在父母知道其吸毒的态度方面,选择“反对并帮助戒毒”的81人,占90%。戒毒人员对戒毒巩固的自我评价满意度较高,这表明戒毒人员得到家人的关心和支持,对自身具备的生产劳动技能和戒断巩固的信心增强。

5.公安机关依法执法的程度较高

在吸毒年限上,共获得有效样本92份,其中众数组为10年以上,39人,占42.4%;5—10年的有21人,占22.8%;3—5年的有11人,占12%;1—2年的有9人,占9.8%;2—3年的有7人,占7.6%;小于1年的有5人,占5.4%,吸毒5年以上的累积有60人,占65.2%。

对于“您曾服用过的毒品有哪些”问题,我们采用了“可多选”的方式来进行了解,结果发现,只用过海洛因的为72人,占75.8%;选择两种毒品的合计15人,占15.8%;选择三种及以上的为8人,占8.4%。表明戒毒康复场所戒毒人员仍以海洛因为主要服用的毒品。

吸毒者吸毒过程中合并使用药品现象突出。在“您合并使用的药品有哪些”调查时,有35人选择“没有使用”,占56.5%;有27人合并使用过不同种类的药品,占43.5%。合并使用的药品中安定最多,有19人;其次为异

丙嗪，有 4 人；再就是三唑仑，共 3 人。

在吸食毒品的方式上，共获 80 个样本。其中采用注射方式的最多，为 49 人，占 61.3%；其次为喽食、烫吸，分别为 23 人、6 人，分别占 28.8%、7.5%。

综上可判断，目前在所的戒毒人员均属于成瘾严重、适用强制隔离戒毒的对象。公安机关在决定强制隔离戒毒的程序和实体认定中，坚持贯彻执行《禁毒法》的规定和标准，做到严格依法执法。

（三）强制隔离戒毒模式实践探索

行政性强制戒毒是我国历来的禁吸戒毒价值取向，主要措施包括公安强制戒毒和司法行政性劳动教养戒毒，关于两种措施的定义和弊端我们已在前文中详细论证。《禁毒法》的颁布实施使强制性戒毒工作进入了一个新的法律高度，将强制戒毒和劳动教养戒毒整合为强制隔离戒毒，根据“三位一体”理论，强制隔离戒毒将与社区戒毒、社区康复、戒毒药物维持治疗等几种模式共同形成科学戒毒链条，完善了戒毒过程。我们选择了几个强制隔离戒毒样本，从实践角度分析评价。

1.德宏潞西市强制隔离戒毒模式❶

德宏傣族、景颇族自治州毒品危害严重，吸毒人群中少数民族占了 71%，毒品泛滥对少数民族的生存和发展已造成了严重影响。据德宏州卫生部门的调查显示，2007 年一季度，德宏州的艾滋病疫情流行态势十分严峻。在 2008 年新发现的 HIV 感染者中，从性别来看多数以男性为主，从年龄来看以青壮年为主，从职业来看以农民为主，从文化程度来看以初中以下学历为主，从传播途径来看，性传播、母婴传播、血液传播三种传播途径并存，但经性途径传播的感染者大幅度上升。德宏的艾滋病防治继续保持高度流行期和三种传播途径并存的态势，出现了高发病、高死亡和高流行“三高”态势，全州艾滋病人留下的孤儿已经有五百多人。

潞西市强制隔离戒毒所始建于 1989 年，到 2005 年已扩建到有 500 人床位的大型强制戒毒所。由于地处云南省西部边境，中缅边境线长达 68.23 公里，境外缅方一侧的勐古地区是毒品生产、加工、销售的主要集散

❶ 王葆春：《对强制戒毒工作的思考——以〈禁毒法〉为视角》，《法制与社会》2008 年第 24 期。

地，边境线长且无屏障，四通八达，境外毒品渗透严重，境内毒品危害蔓延。至2002年收容量增到500多人，但设施装备条件极度受限。2005年的一场禁毒人民战争打响后，新建了占地面积为72亩包括脱毒区、康复区、关爱区、办公区的新戒毒区，主体建筑面积13,502.02平方米，设计容纳学员1,500人。强制戒毒所设置管教科、综合科、卫生所、劳务生产大队。按照“依法管理、严格管理、科学管理、文明管理”及“五条禁令”，签订了《责任书》；对全员收戒吸毒人员进行生理脱瘾、心理矫治、康复劳动和法律、道德教育，提高戒断率、巩固率。仅2007年收戒吸毒人员就多达995人次（男性953人次，女性42人次）。为实现社会面上基本无失控吸毒人员、萎缩毒品消费市场、减少毒品供应、减少因吸毒人员流散于社会面上带来的治安刑事案件和艾滋病等传染性疾病等各种社会危害的目标，也为维护家庭稳定、减缓社会矛盾、构建和谐社会起到了积极的作用。

2.昆明市强制隔离戒毒模式[1]

昆明市强制隔离戒毒所的前身为昆明市强制戒毒所，建于1989年12月，是昆明市政府依法设立的综合性戒毒中心，也是全国建立的第一家由公安机关管理的强制戒毒所。近年来，戒毒所努力探索，改革创新，积极工作，始终把“提高巩固率，降低复吸率”作为工作重点，提出了“规范化管理、学校化教育、医院化治疗、劳动化康复、园林化建设”的昆明戒毒模式，得到了公安部的肯定，在全国戒毒所推广。

禁毒人民战争开展后，按照省市党委、政府的部署，投资8,348万元进行了戒毒所的扩容建设，新增戒毒所5,000个床位。2006年年底至2007年年初完成扩容后，达到收戒吸毒人员8千至1万人的规模。目前，新养殖基地工程已完工，新建养殖房近10,000平方米；工业区建成后面积达到8,100平方米，整个康复基地可满足5,000人进行康复劳动和职业技术培训。戒毒所现已发展成为拥有3千多个床位的国内规模最大、收戒人数最多、效果最为显著，集戒毒治疗、教育、康复、科研、宣传五位一体的综合性戒毒康复中心。20年来共收治全国包括港、澳、台地区及泰国等东南亚国家的吸毒人员进行脱毒治疗，康复近10万人次，有效地遏制了各类刑事犯罪

[1] 参见 http://www.yn.xinhuanet.com/topic/2007-06/25/content_10398697.htm。

案件的发生，维护了昆明市的社会治安稳定，萎缩了毒品消费市场，减少了新生吸毒人员的滋生，提高了戒断巩固率，为实现昆明市社会面基本无失控吸毒人员的目标作出了突出贡献。另外，还接待培训全国各地公安戒毒机构管理人员6千余人，其突出成绩与亮点主要表现为以下几个方面。

（1）创办了国内第一个康复劳动基地，实现收戒方式由“外循环”向“内循环”的转变。戒毒所先后征、租地3,000多亩，投建戒毒康复劳动基地，形成种植、养殖、加工、供销一体的生产格局。每年生产和加工的禽蛋、鱼、肉、蔬菜工等，产值达600多万元，减轻了政府的财政压力，为学员进一步康复并学到一技之长、回归社会创造了条件，为戒毒工作可持续发展奠定了基础。

（2）实施了戒毒与侦查打击相结合的措施，开辟第二战场，扩大禁毒战果。戒毒所于1997年成立了审查处，在戒毒人员中深挖犯罪线索，2004年又组建了案件侦查大队。自开展工作以来，审查、深挖线索3,560余条，其中有价值的犯罪线索682条，破获毒品案8件、刑事案230件，缴获毒品5,648.25克，网上追捕逃犯24名，办理涉毒劳动教养700人。

（3）戒毒管理与戒毒医疗科研一体化发展，研制成功“6·26”戒毒胶囊。经过多年努力，于1995年成功地研制出疗效好、安全、无毒副作用、价格低廉的香藤胶囊（原“6·26”戒毒胶囊），取得国家准字号药品的认证，获得了国家发明专利，成为发展中草药戒毒临床应用替代外国进口药的成功示范，受到中外医学界、学术界的高度重视和充分肯定。

（4）加强信息化管理，建立了“昆明市强制戒毒人员信息管理系统”，采集了建所以来收治的9万4千多人份吸毒人员档案，为公安机关各职能部门打击毒品违法犯罪活动、有效提高昆明市社会治安防控能力作出了积极贡献。

（5）率先在全国戒毒系统建立“学员就业技能培训中心”，为戒毒学员出所后搭建缓冲平台，帮助戒毒学员继续巩固戒断成果，学习劳动技能，为回归社会打下良好基础。该中心首期240名在所戒毒学员经考核获得安宁市劳动就业局、昆明市劳动就业技术培训中心颁发的《培训合格证》。有144名戒毒学员戒断期满后，获得留所就业岗位，就业率达60%。技能培训中心的成功运作，为“昆明戒毒模式”注入了新的内涵，形成了脱毒治疗、综

合教育、心理矫治、劳动康复、技能培训、留所就业、追踪帮教的"戒毒工作七步走"的工作思路。

二、《禁毒法》颁布后云南禁吸戒毒模式存在的主要问题

(一)自愿戒毒中存在的主要问题

1.自愿戒毒机构戒毒费用高

自愿戒毒的接收机构多实行独立经营,独立核算,自负盈亏,为了维系机构的正常运转,或为谋取经营利润,自愿戒毒的接收单位多实行有偿戒毒,须向自愿戒毒学员收取一定的费用。戒毒费用较高成为限制戒毒对象进入这一门槛的最大问题。能够进入自愿戒毒机构的学员一般家境条件较好,能够承担旷日持久的戒毒期间所需戒毒费用。以云南戴托普药物依赖治疗康复中心收治戒毒学员为例,一个入所戒毒学员年平均须支付一万元的费用。但就吸毒人群的调查资料分析,吸毒人员经济状况均较差,吸毒使许多人失去了工作,也失去了固定的收入。在调查的371个有效样本中❶,选择无收入的110人,占29.6%;1,000元以下/月有一定收入的为88人,占23.70%;两者合计53.40%。选择1,000—2,000元/月的125人,2,000—5,000元/月的48人。在371人中没有一个超过5,000元/月的。可见,绝大多数的吸毒者一贫如洗,经济状况极差,无力承担高昂的戒毒费用,不具备到自愿戒毒机构戒毒的经济条件。因此,较高的戒毒费用,导致到自愿戒毒机构接受戒毒的仅是一些被家庭所迫或为逃避打击的吸毒者,其最终目的不是为了戒毒。而一些真正想戒毒、需要得到专业人员帮助的吸毒者,又因为经济的原因,不能进入自愿戒毒机构,从而失去得到帮助的机会。

2.自愿戒毒机构管理制度不完善

虽然《禁毒法》第四十九条规定:"县级以上地方各级人民政府根据戒毒工作的需要,可以开办戒毒康复场所;对社会力量依法开办的公益性戒毒康复场所应当给予扶持,提供必要的便利和帮助。戒毒人员可以自愿在戒毒康复场所生活、劳动。戒毒康复场所组织戒毒人员参加生产劳动的,应当

❶ 因为谈"收入"是敏感问题,许多人不愿意填,因此此项仅得到371个有效样本。

参照国家劳动用工制度的规定支付劳动报酬”,自愿戒毒的合法性得到了确认,但自愿戒毒双方的地位和角色仍不是很明确,自愿戒毒的管理仍存在诸多问题。由于吸毒人员既是受害者,又是违法者,同时还是脑疾病患者,因此,对于此类特殊群体,在管理上必须区别于一般的病人,不仅要严格管理,还要有强制措施做保障。但目前自愿戒毒采取强制措施无法律依据,由此就造成很多自愿戒毒所无法控制毒源,戒毒人员边戒边吸,医护人员难以干预,有可能成为吸毒者逃避法律惩处的借口。自愿戒毒机构只提供短时间的脱毒治疗,在时间上无法保证开展后续的康复治疗,甚至有的自愿戒毒机构为了经济利益,对没有真正脱毒的戒毒者也允许出院。

3.自愿戒毒机构经费保障困难,难以为继

戒毒是一项长期性工作,有的在戒毒机构一待就是若干年,有的甚至就不愿离开。如思茅李继东创办的重生预制品厂里就有很多不愿再离开的戒毒学员,很多的戒毒学员把重生厂当作了自己最终的归属地,有的戒毒学员在艾滋病病发后死在厂内。戒毒过程中,需要不断完善基础设施建设,保障戒毒学员的生活费用、医疗费用,还要维系机构的正常运转,如云南戴托普每年就需要支出高达三四百万的办公经费、场地租金和人员工资,这些费用累计起来是一庞大的数字。自愿戒毒机构的经费来源主要是三个方面:一是申请国际、国内项目基金;二是接收政府的经费扶持或社会捐赠;三是向戒毒学员收取一定戒毒费用。

自愿戒毒机构的经费往往入不敷出,难以为继。如思茅李继东的重生预制品厂在2004年就曾到了山穷水尽的地步。重生预制厂的情况被社会上知道后,李继东的实业遭受几近毁灭性的打击。大家担心牛奶里有毒,李继东的养殖场的牛奶没有人购买,很快倒闭了;接着李继东起家的汽修厂也关门了;而一些工程项目也不再交予公司。李继东的实业经营一度处于前所未有的困境之中。2004年,李继东的“重生”学员面临着无米下锅的窘迫境地,李继东让学员拆了厂区大门当废铁卖,换了钱买大米应急。重生预制品厂走的是实业自救的路子,靠戒毒学员自力更生,创造财富,解决自身的问题。但是,实业经营脱离不了市场经济的规律制约,戒毒学员低下的劳动生产率,经营状况不容乐观。而社会对吸毒人群特别是艾滋病感染者的排斥与歧视,将会使得实业经营雪上加霜,难以为继。重生厂在困境中,最终

还是靠政府及社会力量介入方得以继续存续下去。再如被誉为“戒毒先锋”戴托普中心也处于濒临关闭困境中，2009 年 5 月，戴托普中心宣布停止接收戒毒学员，原因是经费紧张。戴托普中心的主任杨茂彬解释道，中心申请到的各种国际、国内项目周期越来越短，项目的资金也少，同时工作量还成倍增加；学员人数减少到每月仅有二三十人，收入较少，已到难以维持下去的地步。

自愿戒毒机构缺乏经费保障机制，要自力更生，自筹经费，不利于戒毒这一社会公益工作的顺利开展。

4.美沙酮药物维持治疗中存在的问题

2003 年 11 月，经国家药物维持治疗试点工作组批准，云南、贵州、广西、四川、浙江五个省市的八个医疗卫生机构试点单位开展美沙酮药物维持治疗。云南红河个旧疾控中心健康门诊成为全国第一个美沙酮药物维持治疗试点诊所。几年实践工作证明，美沙酮药物维持治疗是卓有成效的：有效减少了海洛因成瘾者的毒品消费，萎缩了毒品消费市场；有效降低了吸毒者新发艾滋病感染几率；对吸毒者中的艾滋病病毒感染者进行了有效的综合干预、管理和治疗；有效改善了吸毒人员的家庭和社会功能，减少违法犯罪活动。《禁毒法》第五十一条规定：“省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门会同公安机关、药品监督管理部门依照国家有关规定，根据巩固戒毒成果的需要和本行政区域艾滋病流行情况，可以组织开展药物维持治疗工作。”这为美沙酮药物维持治疗提供了法律依据。

课题组选择昆明地区的美沙酮药物维持治疗工作状况为研究样本。截至 2009 年 5 月底，昆明的 12 个社区药物维持治疗门诊诊点累计入组 5, 039 人，占在册数的 25. 25%。累计退出治疗数 269 人，其中，死亡 71 人、因复吸被强制隔离戒毒 82 人，治愈重返社会 116 人。累计脱失 1, 493 人，占累计入组人员数的 29. 26%。正在接收门诊治疗人员 2, 666 人，占昆明市吸毒在册人员数的 13. 35%[1]。可见，美沙酮药物维持治疗已成为戒毒工作的重要组成部分，但数据中透露出入组率低、维持率低、脱失率高的问题，应该引起

[1] 参见郭萍：《在新的禁吸戒毒框架下对昆明市美沙酮维持治疗现状的思考》，《云南警官学院学报》2009 年第 6 期。

我们的重视。

(二)社区戒毒与社区康复存在的主要问题

社区戒毒与社区康复是《禁毒法》中规定的一种新型戒毒模式。然而,戒毒条例一直未出台,有关具体实施的细则不能确定。各地(省、市)已经全方位推行社区戒毒与社区康复工作,但都是按照自行确定临时性执行方案操作,这造成各地区操作标准不统一、制度不健全、运行不规范的局面。尽管结合以前的戒毒工作经验做了有益探索,取得一定的成效,但这是一项长期而艰巨的任务,是一项复杂的系统工程,处于建设初期的社区戒毒和社区康复实践中也暴露出诸多的问题。

1.全省社区戒毒/康复发展不平衡,没有相应的操作标准,缺乏模式化的建设

云南省由于经济发展、社区发展不平衡,各州市对社区戒毒/康复的认识程度差异等因素,社区戒毒/康复的建设也存在不平衡的现实情况。各地在建设速度、工作机制创新、人员到位情况、经费设施保障等方面参差不齐;社区戒毒/康复的各重点环节措施没有标准,戒毒治疗的机构、治疗药品和队伍专业水平没有规范,心理治疗没有承载方式,基本没有开展,就业和技能培训没有长效建设,处于见机行事的尴尬,对社区戒毒/康复的模式没有研究和总结,不利于全省社区戒毒/康复统一建设和发展。

2.我国社区功能弱化制约社区戒毒工作的开展

《禁毒法》第三十四条明确规定:“城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。城市街道办事处、乡镇人民政府可以指定有关基层组织,根据戒毒人员本人和家庭情况,与戒毒人员签订社区戒毒协议,落实有针对性的社区戒毒措施。”指定的“有关基层组织”即社区,具体落实下来就是城市的社区和农村的村委会,在该社区设立戒毒(康复)工作小组。可见社区戒毒工作的平台就是我国城市里的社区与农村的村委会,而我国社区功能的弱化制约着社区工作的有效开展。

首先,广大吸毒人员对社区这一概念模糊,认识不清。课题组在《禁毒法》颁布生效半年多后对吸毒人员进行调研,发现很多人仅知道社区戒毒这方式,但何为社区,自己归属哪个社区则并不清楚。即便是在非吸毒人群中随机进行走访有关社区的话题,绝大多数人也并清楚自己归属的社区。

其次,社区基础设施差,达不到社区戒毒与社区康复的要求。发达地区和城市的社区条件相对较好,有固定的办公地点,有专门的娱乐活动室、医疗室,还有开展工作必要的基础设备和条件。而广大农村,特别是贫困落后地区的农村村委会基础设施极差,连办公地点和活动场所都没有,谈何正常开展工作。而云南多数地州属山区,村寨闭塞,交通极不发达,基层组织开展工作诸多不便。课题组在调研过程中就发现有的乡镇人民政府管辖着若干个村,由于村落分布极为分散,政府工作人员工作了十多年竟然还没有到过村寨。

最后,社区组织弱化和农村文化落后,导致了社区生活离散和农村社区公共空间弱化。我国农村正处于转型期,农村剩余劳动力向城市转移,人口流动速率加快,社会控制和基层正式组织弱化。在大力发展农村经济的同时,农村地区的文化事业落后、农民精神生活贫乏,这直接导致了农村村委会组织弱化,各项工作难以有效开展。

村落的分散对社区戒毒执行的可行性提出了现实的问题。另外,吸毒村民在村寨里更是无组织性,散漫自由,加之村寨基层组织工作散乱,村干部对其也无可奈何,社区戒毒难以开展。

3.社区戒毒与社区康复的条件和程序不规范

(1)吸毒成瘾的认定标准缺位

吸毒成瘾是进行社区戒毒的条件之一。对于吸食阿片类的毒品人员按照 1998 年公安部《关于对吸食、注射毒品人员成瘾标准界定问题的批复》来确认。但是对初次查获的吸食苯丙胺类兴奋剂人员的成瘾认定就没有标准,这有待国务院卫生行政部门、药品监督管理部门、公安部门尽快出台新的吸毒成瘾认定办法来解决。

(2)执行地点的确定与移交没有规范

《禁毒法》规定:“戒毒人员应当在户籍所在地接受社区戒毒;在户籍所在地以外的现居住地有固定住所的,可以在现居住地接受社区戒毒。”外来人员的社区戒毒与社区康复执行地点应当如何确定?究竟是完全由公安机关与社区协商确定,还是应当尊重戒毒学员的意见?“可以”一词给执行地点带来不确定性。有的地区理解为“作出决定的公安机关应当与戒毒人员按照便于社区戒毒(康复)工作开展的原则共同确定执行地点”,但社区戒

毒(康复)执行地点在外地,可能会出现接收地不愿接收的情况,相互推诿,最终难以执行。

本课题组的分析意见认为,社区戒毒与社区康复的设计就是一种人性化的戒毒模式,让戒毒人员在开放的环境中参加劳动并获取报酬,有正常的社交活动,有正常的家庭生活,不限制人身自由,靠戒毒人员的自我约束与社会各方力量监督和约束共同完成戒毒。既然是人性化的戒毒,当然应当尊重戒毒人员的意见,便于其工作、学习和生活,由其自己决定。而能否对其有效监督和控制则是全国社区戒毒与康复工作体系在设置中应当考虑的问题。

4.社区戒毒协议格式和内容不统一

社区戒毒(康复)协议是社区戒毒(康复)中的一重要手续。但是《禁毒法》中并没有明确社区戒毒协议的内容,更没有统一其格式和要求。全国各地因地制宜,各自制作了社区戒毒的模板。总的来看,多数地区的社区戒毒协议中包括了社区戒毒人员要远离毒品、接受尿检监测、外出请销假报告、会客报告等内容,另外就是社区戒毒(康复)工作小组的工作职责和工作制度。协议格式固定,戒毒学员只需签名即可。

“协议,是指两个或两个以上实体为了开展某项活动,经过协商后达成的一致意见。”协议一经双方签署确定,即与合同一样对双方具有约束力。戒毒人员与社区(村委会)等基层组织签订协议,明确各自权利和义务,其主要格式和主要内容由国家禁毒办制定,如“严重违反社区戒毒(康复)协议”的内容规定,各地可以根据戒毒人员(康复人员)实际情况补充,戒毒学员的合理意见更应当补充进去,如戒毒学员要求为其身份保守秘密,工作人员不得穿制服进入家庭等要求。协议书内容要充分考虑到个体的戒毒效果,又要尽量不影响其正常的生活、学习、工作,协议的不同内容是为每一个社区戒毒(康复)者量身定做的一套方案。《禁毒法》中“城市街道办事处、乡镇人民政府可以指定有关基层组织,根据戒毒人员本人和家庭情况,与戒毒人员签订社区戒毒协议,落实有针对性的社区戒毒措施”的规定,其实已经点明了戒毒协议的要旨,要“根据戒毒人员本人和家庭情况”,“落实有针对性”的社区戒毒措施,也就是因人而异,具体情况具体分析,灵活地有针对性地开展不同的社区戒毒(康复)工作。

5.社区戒毒与社区康复约束力弱

社区戒毒与社区康复工作由城市街道办事处、乡镇人民政府负责，具体交予社区和村委会这两个分别是城市与农村的基层组织来执行，而"公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门应当对社区戒毒工作提供指导和协助"。实践工作中，签订了戒毒协议的戒毒人员虽然没有继续吸毒，但是对社区和村委会工作人员持抵制态度，拒不配合定期报到和接受尿检，根本不配合工作人员。社区工作人员对其无可奈何，约束力较弱，最终还得寻求公安机关的协助，靠戒毒人员对警察的敬畏而按时接受尿检，履行戒毒协议中的其他义务。

社区戒毒是一种人性化的戒毒模式，社区工作人员应当用对戒毒人员的关爱与支持赢得他们的理解与对工作的支持，自觉自愿的配合工作，履行戒毒协议中承诺的义务。此外，社区可利用社会救助体系，积极帮助符合条件的吸毒成瘾人员解决困难，尤其是戒毒治疗、生活保障的基本问题。以社区帮助对应吸毒成瘾人员履行戒毒协议义务，以此提高社区戒毒与康复的约束力。

6.社会歧视与就业难是社区戒毒与社区康复的最大难题

长期以来，吸毒人员被污名化，备受社会的歧视。污名一词的英译是"stigma"，当时的统治者在社会最底层的人们身上做上标记，以表明他们社会身份低下。在现代社会学中，对污名作出深刻分析的社会学家以戈夫曼为代表。从定义上看，污名被看作是一种社会性状，该种社会性状将使得其拥有者在其他人眼中丧失其社会信誉或社会价值。戈夫曼在对那些遭受污名化经历的人们，如精神病患者、残疾人以及其他各类社会越轨者，进行经验研究的基础上，提出了一个核心的概念"受损的身份"（spoiled identity），用于描述上述遭受污名化体验的人们，及在社会上其他人眼中被贬低的社会地位。因此，污名化（stigmatization）就是目标对象由于其所拥有的"受损的身份"而在社会其他人眼中逐渐丧失其社会信誉和社会价值，并因此遭受到排斥性社会回应的过程。后来的研究者则把污名化过程进一步分解为由5个相互关联的社会要素所构成，分别是：贴标签、原型化处理、地位损失、社会隔离和社会歧视。

吸毒人员是"受损的身份"的目标人群之一，因为吸毒带来的各种负面

影响,足以驱使非吸毒者对吸毒者实施社会隔离和社会排斥的人情制裁。在因吸毒而导致的排斥性社会回应中,最主要的一类就是社会歧视。在最严重的情况下,家庭很有可能把吸毒者拒之门外,社区可能将其驱赶出其所在的居住区,而雇主则很可能解雇吸毒的员工。吸毒人员难以摆脱毒瘾的根源之一在于回归社会后没有谋生技能,生存无法保证,既容易被社会拒绝,也容易自暴自弃,最终难免再次选择毒品逃避社会、麻醉人生。因此,反对歧视和羞辱,对吸毒者以宽容、关怀与帮助,已经成为社区矫助的关键。

首先要大力培养吸毒人员的谋生兴趣和谋生技能,使他们都拥有一技之长,才能坚定他们回归社会的信心,使他们找到人生新的起点,从生理和心理上彻底摆脱毒瘾。

其次是动员全社会的力量,开展对戒毒人员回归社会后的继续帮教工作。将强制隔离戒毒与社区康复有机结合起来,普遍建立了社会帮教制度,对戒毒人员全面落实帮教措施。

最后是采取有效措施(如提供税收政策、财政政策等)鼓励企业等招聘戒毒回归人员,真正落实《禁毒法》第五十二条中规定的"戒毒人员在入学、就业、享受社会保障等方面不受歧视。有关部门、组织和人员应当在入学、就业、享受社会保障等方面对戒毒人员给予必要的指导和帮助"。

7.公共品配置短缺、缺乏专业社工队伍

(1)公共品配置短缺

公共品的概念来自于1954年萨缪尔森发表的一篇著名论文——《公共支出的纯粹理论》,该论文给出了公共产品的经典定义。根据萨缪尔森的定义,公共产品具有两个本质特征:非排他性与消费上的非竞争性。基层社区严重缺乏相关的必备公共品资源的配置,社区矫正配套设施建设严重匮乏,社区矫助医疗、活动配套设施不足。根据我们在调研过程中的考察发现,大多数社区没有专门的场所、办公设备、戒毒活动设施,经济条件好的社区配置了有限的设施,但也难以有效开展工作。如五华区所属社区的几个矫助点,除了一台电视与影碟机外,几乎没有其他设备;没有专门的医疗室与医护人员。基层社区有组织各类联谊活动、体育活动的计划,因缺乏经费无法安排。其原因是各街道办事处的经费是由区政府统一核拨,禁毒经费

是含在综治经费中,没有按禁毒专项经费核拨,所以各街道办事处用于禁毒的经费十分有限。

《禁毒法》对禁毒经费保障已做了相关规定,但过于宏观,缺乏操作性,建议有关部门利用下位阶法及规章明确经费来源与渠道,解决公共设施建设。

(2)社区戒毒工作人员素质参差不齐,社区帮教不力

《戒毒条例》(送审稿)规定"社区戒毒(康复)专职人员可以由城市街道办事处、乡镇人民政府工作人员、社会工作者或者禁毒志愿者担任",还规定按照每20名吸毒人员配备一名戒毒专职工作人员的比例,配备社区戒毒(康复)专职工作人员。然而,社区往往多功能化,多职责化,责权不明确。一个小小的社区应对着从上而下安排下来的十多项职能工作,如环卫、安检、治安、综治、消防、拥军共建等工作,可以说各个不同上级部门的各种指示精神、工作部署、检查等工作最终都无一例外地汇集到了社区,社区工作烦琐不堪。社区戒毒这项工作安排到社区办公室,工作人员无暇顾及。社区戒毒中还吸收了大量的志愿者,政府划拨了专项的戒毒自愿者经费,但志愿者来源多样,职业种类繁多,尽管具有较强的责任意识,且自愿为吸毒人员提供力所能及的服务工作,其提供的服务也达不到专业的要求,时间上也不能充分保证。课题组在调研中就发现,很多街道办事处、社区居委会的禁毒专干都是兼职的,同时还承担了多项工作任务。昆明市盘龙区属于经济发达地区,目前也只能配置到1:34,即34名社区戒毒人员有一名专职戒毒工作人员。五华区社区矫助工作人员主要是由街道办事处、社区居委会的禁毒专干、派出所社区民警和禁毒自愿者组成,而街道办事处、社区居委会的禁毒专干、派出所社区民警都是兼职的,还承担了大量的其他工作,投入到社区矫正、矫助工作的精力有限。社区戒毒专职人员的戒毒专业知识和技能严重不足,无法独立开展工作,很多具体工作现在仍由公安派出所民警在具体承担。资料显示吸毒者戒断后复吸是由于其难于再社会化所致,这当中的根本原因就是心理因素起主要作用。但目前基层社区没有恢复戒断者的心理所需的心理医生或专家。非专业戒毒社会工作人员开展工作缺乏针对性和科学性,戒毒康复效果可想而知。

吸毒人员的戒毒分为三个阶段，即生理脱毒期、心理康复期和回归社会期。脱毒并不意味着完全脱离毒品，只有在经过康复期，真正融入社会后，才能意味着真正的戒毒，最为困难的是后两个阶段。戒毒者的心瘾、家庭的不吸纳、社会的排斥等诸多因素都可能使戒毒功亏一篑，最终重回复吸的怪圈。社区戒毒与康复工作需要一支职业的队伍对戒毒人员进行专门管理，教授行为方式、社会交往、心理康复与毒品抵制等的方法，为真正回归社会进行专业化培训和管理。尽管在以前的帮教工作中我们积累的大量的工作经验，但是，为期几年的社区戒毒和社区康复工作更需要一个体系化的教育、管理和培训，戒毒社工的职业化是必由之路。

专业戒毒社工和志愿者是社区戒毒和社区康复工作的重要力量，必须统一制定计划，引进、培养和使用，明确其工作职能，建立健全考核机制、监督机制和激励机制，使专业禁毒戒毒社工和志愿者规范、科学地开展工作，提高帮教的能力和水平。

8.新型毒品的社区矫正问题

我国新型毒品滥用问题日趋突出，国家禁毒委《2007 年中国禁毒报告》指出，当前我国的“禁毒人民战争”已取得了显著的阶段性成效，海洛因等传统毒品加工生产规模明显减少。但与此同时，悄然崛起的新型毒品又对我国造成新一轮的冲击。在海洛因仍为我国主流消费毒品的情形下，新型毒品的滥用又呈不断扩大蔓延之势。截至 2005 年年底，全国新型毒品滥用人数已占吸毒人员总数的 9. 50%，达 8 万余人。而《禁毒法》对新型毒品滥用的社区戒毒方式、判断成瘾标准、成瘾严重标准等都尚无涉及，因此，对此类人群的社区矫正缺乏认识与适用依据，社会上不少人都认为新型毒品滥用不会成瘾，没有多大危害。

其实，新型毒品滥用的危害是十分严重的，其首要不利后果是导致滥用者心理能力的危害，即通过对大脑的损害使滥用者变成精神病患者，且这种对大脑的伤害是不可逆的。因此，在对新型毒品滥用者进行社区矫正或进行帮教时，应该考虑到此滥用者心理是否处于正常状态等，帮教的重点首先是想法让滥用者心理得到充分的调整与恢复。相对生理治疗而言，滥用者心理的矫正与治疗更为关键，难度也更大。为此建议有关部门尽快出台有关新型毒品社区戒毒的实施办法和细则。

(三)强制隔离戒毒存在的主要问题

1.《禁毒条例》和相关实施细则缺位,导致强制隔离戒毒工作没有具体准绳

按照《禁毒法》要求,在强制隔离戒毒所的戒毒人员戒满一年后,对其戒毒情况和效果进行诊断评估,但至今仍未见诊断评估办法和相关指标。各强制隔离戒毒所陷于实施与否的尴尬境地。不过课题组在调研时,相关领导表示会积极应对,事先与其他相关单位和部门统一意见,拿出诊断评估的预备方案,如期限届满仍不见条例的出台,使用预备方案进行评估。

2.强制隔离戒毒执行期限缺乏阶梯设计的明确规定,强制隔离戒毒期限增加学员压力,管理工作难度大

根据《禁毒法》规定,强制隔离戒毒的常规期限是一至两年,最长可至三年。现在统一执行两年期限,对学员的压力较大,学员思想浮动,学习生活包袱重,心理不稳定,给强制隔离戒毒所的管理工作带来极大的难度。究竟是一视同仁,一致实际执行两年,还是设置阶梯式时限,可以决定一年期、两年期,甚至三年期,以及确定标准是什么,目前还没有明确,使强制隔离戒毒的期限处于一种不确定状态。我们认为,强制隔离戒毒缺乏期限的阶梯式设置,不利于产生戒毒激励,可能出现期限过长的许多负面影响。德宏州强制隔离戒毒所在 2008 年就发生了"10 · 15"戒毒学员脱逃和"11 · 23"戒毒学员暴力冲岗脱逃事件。

在对强制隔离戒毒所戒毒学员的调查中,多数学员认为强制隔离戒毒期限太长,对"您觉得现在强制隔离戒毒需要两年的时间"问题上,选择太长的为 352 人,占 90. 50%;选择一般的为 29 人,占 7. 50%;选择不长的为 8 人,占 2. 10%。并且有 336 人表示为此担心,占 88. 70%;担心的原因后经归纳整理,主要表现为四个方面:其一是时间太长,家里人无法照顾。因为吸毒人员多为青壮年,40 岁以下的累积百分比为 83. 55%,在身体较好的情况下,多为家里人的主要劳动力,且多有"上有老人、下有小孩"的多需照顾的情况。课题组在昆明市强制戒毒所调研时,考察到有的戒毒人员家属因难以接受为期两年的期限与戒毒人员离婚的情况。其二是时间太长,出所后怕不适应社会。长期的封闭环境与封闭设施,极不利于吸毒人员的分类处遇和再社会化,也不符合现代文明的发展趋势。首先,现在知识更新的速度

越来越快,知识倍增的周期越来越短。戒毒所里虽有各种培训,但其学习的层次与内容无法与正常社会里的学习相提并论,知识更新的速度慢,出来后无法适应社会。其次,在强制隔离戒毒所里学习的技能也较为单一,很难培养一专多能的复合型技能,而社会上找工作竞争越来越激烈,出所后能要找一份工作谋生太难、想发展更难。其三是长期失去自由会对人的心理、生理带来巨大压力,极容易产生诸如焦虑、抑郁、强迫等各种心理变态症状,且戒毒所里的心理矫治一直十分薄弱。调查中,戒毒学员在"您对戒毒所的心理矫治条件、方式的满意度"方面,选择很满意的 65 人,占 17. 50%;选择较满意的 53 人,占 14. 20%;两者累计仅为 31. 70%。而选择不太满意的 44 人,占 11. 80%;选择很不满意的 52 人,占 14. 00%;两者累计高达 25. 80%。可见,鉴于戒毒所目前的管理与编制等现状,很难对戒毒学员进行适时有效治疗,从而使戒毒学员的这种心理变态极易发展到人格变异,出所后极难适应社会。其四是戒毒所环境不好,时间长了会受其他人的不良影响,易交叉感染。主要表现为两方面:一方面是吸毒者行为、人格特征的交叉传染。有学者对 311 吸毒者进行研究,认为其人格特点主要表现为做事浮躁、冲动、不合常规、犹豫、松懈和回避困难、安于现状和不思进取、情绪不加掩饰和难以控制;在人际关系上表现出明显的对人虚假、自私,在人际交往中拘谨、拖沓、盲目的特点;在事物指向特点上,表现出明显的急躁、冲动、做事马虎、不切实际,以及粗心、鲁莽和不受人欢迎的特点;等等❶。由于群体的同质性较强及交往的封闭性、相处时间的持续性相处空间的狭隘性等特点,这种负面人格极易交叉感染。另一方面是疾病的交叉传染。由于吸毒(尤其是静脉注射)通常伴有机体的功能失调和组织病理变化,并导致身体的免疫功能下降甚至缺失,吸毒者极易感染艾滋病、细菌性心内膜炎、破伤风、败血病、横断性脊髓炎、乙肝、甲肝及肺炎、肺气肿、肺结核和肺癌等各种疾病,其中肺结核等疾病传染途径多、速度快,极易交叉感染,强制隔离戒毒所存在较大的公共卫生安全隐患。

戒毒学员长时间失去人身自由,失去家庭的亲情关爱,思想不稳定,渴求早日回归社会与家庭;而强制隔离戒毒所工作人员在日常工作中也面临

❶ 王登峰、崔红:《吸毒者的人格特点分析》,《中国药物依赖性杂志》2003 年第 3 期。

着学员思想压力大，不安心、不稳定的较大工作压力，也希望能缩短强制隔离戒毒的时间。期间，也有一部分戒毒所工作人员认为两年的时间比较合适，他们认为戒毒的方法就是让吸毒人员彻底与毒品隔离，鉴于复吸率居高不下，采取长时间隔离是戒毒的好办法，有的工作人员甚至认为对于吸毒人员就是应当终身隔离。

3.《禁毒法》颁布后，新戒毒框架下的“强制隔离戒毒”没有被吸收、理解、消化，知识更新不够，观念落后

《禁毒法》出台届满一年之际，如云南省的德宏州戒毒所仍然以“强制戒毒所”的名称开展各项工作。《禁毒法》中以法律的名义明确了我国对吸毒人员的几种戒毒模式——强制隔离戒毒、社区戒毒，将原由公安机关执行的强制戒毒与劳教部门负责执行的劳教戒毒取消。但是基层在学习、领会《禁毒法》过程中，认识不到位，知识更新跟不上形势的变化和发展，观念落后可见一斑。基层部门和民警学习和领会《禁毒法》的立法精神和要旨是正确贯彻和实施的前提，各级单位和部门还应加强理论学习。

4.戒毒所经费保障不足，资金存在缺口，学员在所生活、医疗费用落实不到位

《禁毒法》中第四十一条规定：“强制隔离戒毒场所的设置、管理体制和经费保障，由国务院规定。”但是国务院的规定迟迟未能出台，地方公安机关在实施强制隔离戒毒过程中只能按照老办法执行。而云南省属贫困落后地区，地方财政收入低，对强制戒毒学员的生活补贴、医疗费用落实不到位，导致有的戒毒所经费困难，连学员基本的主食大米经费开支都存在问题。以德宏州强制隔离戒毒所为例，每收戒一名学员，地方财政每月给予 170 元的补贴，而其他县级戒毒所补贴极少或者根本没有补贴。强制隔离戒毒所只能依靠自己，丰衣足食，以劳养所，结果就是戒毒所学员每天不得不从事大量体力劳动，而其他的心理治疗、教育学习等几乎没有时间组织。经费保障不足，直接导致戒毒体系被打乱，学员不能接受系统的戒毒康复，强制隔离戒毒所成为名副其实的劳动场所。经费的不足，也使得戒毒学员正常的伙食标准大大降低，部分学员出现严重营养不足，身体虚弱的状况。医疗费用也只能从“牙缝”里省出一些，购买基本的简单药品，重大疾病或特殊疾病用药根本无法保障。

5.请销假制度、探视制度不明确

《禁毒法》中第四十六条规定:“戒毒人员的亲属和所在单位或者就读学校的工作人员,可以按照有关规定探访戒毒人员。戒毒人员经强制隔离戒毒场所批准,可以外出探视配偶、直系亲属。”但是具体的请销假制度、探视制度却一直空缺,戒毒所在对学员进行管理过程中,没有一个程序的参照,更没有请假、探视的条件、情形及要求,难以执行。导致学员在强制隔离戒毒所期间,心理压力大,思想不稳定,这对学员的戒毒康复极为不利。

6.学员感染艾滋病等传染性疾病问题突出,慢性疾病死亡或突发疾病死亡,善后事宜处置程序和规范缺失

据调研情况反馈,目前在强制隔离戒毒所内学员中,艾滋病等传染性疾病感染率问题极为突出。疾控中心对戒毒所学员随机抽样抽血化验,HIV感染率高达20%以上,而身患各种慢性疾病及其他因吸毒导致的各器官受损慢性功能衰竭等病患现象更为突出。在所期间,学员因慢性疾病死亡或突发疾病死亡事件时有发生,仅2008年德宏州强制隔离戒毒所学员死亡就达5人。对于身患疾病,急需到专业医院治疗的,戒毒所没有执行的法律法规参照,该办理何种手续不明。在所死亡的,善后事宜的处置程序和规范缺失,如遇上死亡学员家属索赔,如何操作,也缺乏相关的依据。

7.初次吸毒或初次被发现的戒毒人员被执行强制隔离戒毒存在着诸多法律适用问题

在与强制隔离戒毒所戒毒人员的交谈中,还发现有不少属初次吸毒或初次被抓获的戒毒学员。对于这部分人员,根据实际情况可将其分为四种类型:第一种类型是初次吸毒未成瘾被抓获,第二种类型是吸毒(非初次)尚未成瘾初次被抓获,第三种类型是吸毒成瘾但不严重被抓获,第四种类型是吸毒成瘾严重初次被抓获。对于第一、二种类型,由于其主体均未成瘾,也不存在着戒毒情况,《禁毒法》也未将此类人员纳入社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复等戒毒模式范畴,只是在第三十二条中规定对吸毒人员进行检测与登记,其相关内容为“公安机关可以对涉嫌吸毒的人员进行必要的检测”、“公安机关应当对吸毒人员进行登记”。显然,将此两种类型的吸毒人员执行社区戒毒、强制隔离禁毒是不合法理的,这是与《禁毒法》的立法精神与相关内容相违背的。

对于第三类型群体,按照《禁毒法》第三十三条的规定"对吸毒成瘾人员,公安机关可以责令其接受社区戒毒"。此类群体按法律规定应该将其纳入社区戒毒的范畴,但由于当前社区发育程度不高,《禁毒法》相关配套法律、法规尚未颁布与实施,云南诸多地区社区戒毒在某种程度上仍未真正有效实施与运行(云南也有些地区如昆明五华区、盘龙区等,对社区戒毒进行了一些有益的探索与实践,取得了一系列宝贵的经验),有些地区对于此类吸毒人员,没有经过社区戒毒直接执行了强制隔离戒毒,这是现实中一种无奈的选择,但很明显是与《禁毒法》第三十三条相关内容是冲突的。且《禁毒法》第三十八条规定的若干适用强制隔离戒毒的情形中也没有将"吸毒成瘾但不严重"列入其中❶。因此,对于此类群体不适用社区戒毒而直接执行强制隔离戒毒也是不符合法理的。

对于吸毒成瘾严重初次被抓获群体,按照《禁毒法》第三十八条第二款的规定,即"对于吸毒成瘾严重,通过社区戒毒难以戒除毒瘾的人员,公安机关可以直接作出强制隔离戒毒的决定"。从法条上看,这毫无争议;但是在法律适用过程中,"吸毒成瘾严重"标准的确定《禁毒法》没有明确规定,只是规定"吸毒成瘾的认定办法,由国务院卫生行政部门、药品监督管理部门、公安部门规定",但此规定至今尚未出台。既然标准尚未确定,对此类人员按照"吸毒成瘾严重"而直接作出强制隔离戒毒决定也是不太合适的。

吸毒成瘾标准的滞后导致了公安机关执法被动,强制隔离戒毒决定行为受到挑战❷;也容易引起上述各类人群对强制隔离戒毒的反感和抗拒,不利于强制隔离戒毒措施取得成效。

---

❶ 除非吸毒成瘾人员自愿接受强制隔离戒毒。《禁毒法》第三十八条第三款规定:吸毒成瘾人员自愿接受强制隔离戒毒的,经公安机关同意,可以进入强制隔离戒毒场所戒毒。

❷ 据昆明市中级人民法院网页资料,2008 年 7 月 10 日,昆明市五华公安分局莲华派出所的两民警从李云珍身上查获用于吸食的毒品海洛因 0.3 克,并查明其吸食毒品海洛因一年多,现已发展为静脉注射,尿液吗啡检测剂检验结果呈阳性。五华公安分局遂以原告吸毒成瘾严重为由,决定对李云珍实行强制隔离戒毒两年,依法送达强制隔离戒毒决定书。李云珍不服昆明市五华分局对其作出的强制隔离戒毒两年的行政处罚决定,以其毒瘾较轻,应根据《禁毒法》规定先行到社区戒毒向昆明市五华法院提起行政诉讼。这是《禁毒法》实施以来云南省首起因不服强制隔离戒毒决定产生的行政诉讼案件。

8.警力严重不足及管理者素质有待进一步提高

戒毒成功有一定的困难,复吸率还比较高,这些人流落在社会上,经常从事一些违法犯罪行为,严重危害了社会治安。收戒人员数量持续增加,社会强烈要求将社会面上包括以贩养吸、法律难以处置的特殊人群收戒管控,而戒毒所现有民警与在所戒毒学员人数配备比例严重不协调。为解决警力与任务不相适应的矛盾,各地州政府采取了不同的方法进行了有益的尝试。如潞西戒毒所安置了一批复退军人以合同工人的形式来参与戒毒所的管理,但合同工人的参与又形成了执法主体不合法的矛盾,无形中限制了这一部分管理人员的工作;而且这些人员的素质往往参差不齐,同时也缺乏稳定性。许多强制戒毒所除维持正常的监管秩序外,无力开展深入细致的教育、矫治工作,更谈不上科学的人性化管理、多样化康复手段、出所跟踪帮教工作。强制隔离戒毒是一个长时期、高投入、高风险的工作,现有的投入远不能解决实际中碰到的各类问题。劳动教养所是一个特定历史时期的产物,有场地人员及管理模式,《禁毒法》将强制戒毒和劳动教养戒毒整合为强制隔离戒毒,增设了戒毒康复场所,警力严重不足的问题稍微得以缓解。但由于法律内容的概括性与相关配套法规尚未颁布实施,许多地方在戒毒管理人员的配置问题上尚不明晰,且缺乏机制保障与监督,警力不足的问题仍长期存在。

在管理者素质方面,一是对自己的身体素质满意度不高。在“对自己的身体状况满意度”方面,选择满意 22 人,一般的 12 人,不太满意的 7 人。二是从对相关业务工作的熟悉情况与态度方面,管理人员的素质有待提高。如从“掌握您管理的吸毒人员的家庭情况”问题选项来看,选择知道的为 12 人,部分知道的为 28 人,不太清楚的 1 人。可见多数管理干部对吸毒人员的家庭情况只是满足于稍作了解,而未做到全面、深入的了解,其实家庭的情况对于我们把握吸毒者思想动态、感化吸毒者等方面都是十分重要的,戒毒能否真正成功与巩固,是与吸毒者家庭的大力支持息息相关的。再如在“您对反复吸毒的吸毒人员的感觉是”问题上,选择反感的 4 人,选择同情的为 29 人,选择没有办法 8 人。由此可知,诸多管理人员的对毒品的成瘾性及对吸毒者的耐心关照等方面的认识还是不到位。三是从学历、专业结构上,有待进一步提高。在“您认为当前戒毒工作人员是否具备了足够的

管理素质”问题上，认为完全具备的 10 人，基本具备的为 26 人，不太清楚的 2 人，选择没有具备的 2 人。在调查中发现戒毒所管理人员多为大学专科、也有不少为高中或中专，研究生层次的人极少。在专业结构方面，缺乏管理学、社会学、心理学、社会工作专业等方面的人才。

9.没有明确强制隔离戒毒场所资源整合方案，造成执行权争议

目前，云南省强制隔离戒毒制度构建中存在的主要困境是强制隔离场所的确定问题。强制隔离戒毒场所是指对被决定强制隔离戒毒的吸毒人员进行集中管理，开展戒毒治疗、教育和劳动康复的场所和机构的总称。强制隔离戒毒制度虽然是一种新型戒毒制度，但它不是凭空而来的，强制隔离戒毒制度是对《禁毒法》颁布生效前对禁毒工作发挥过巨大作用的强制性戒毒措施的继承和发展，脱胎于公安强制戒毒和司法劳动教养两种制度。随着《禁毒法》的生效，确立了强制隔离戒毒制度，按照法理原理，《劳动教养管理条例》和《禁毒条例》关于戒毒的规定自然失效，强制戒毒和劳动教养戒毒制度由此归于消灭。但是承担职能的两个机构仍然客观存在，不会随制度一并消灭，云南省在构建《禁毒法》背景下的强制隔离戒毒制度过程中，必然涉及公安强制戒毒场所和司法劳动教养场所的转轨问题。由于原劳动教养机构由司法行政部门主管，基础设施、人事、财政等资源受司法行政部门的调度和支配，原强制戒毒机构属于公安机关，其资源由公安机关调配，两个执行场所都经过了多年的建设，倾注了大量精力和心血，有完整的机构设置和人员配置，鉴于此，在云南省构建强制隔离戒毒制度过程中，究竟由谁承接强制隔离戒毒制度的具体执行成为一个争议问题。《禁毒法》对此仅作出指导性规定，国务院也正在研讨具体方案。

针对这个问题，目前存在三种主要的意见：(1)由原公安强制戒毒机构承担强制隔离戒毒的执行，理由是《禁毒法》规定的强制隔离戒毒制度体现出以公安机关为主导的精神❶。(2)由原劳动教养场所负责强制隔离戒毒执行，主要理由有，认为劳教工作有五十多年的历史，拥有系统化的管理经验❷。对此，笔者认为，戒毒是一项世界性难题，又是一项新兴的课题，需要

---

❶ 杨成兴、郝淑琳、龚万红：《对强制隔离戒毒场所管理体制的思考》，温州禁毒网，访问日期：2009 年 4 月 28 日。

❷ 《浅谈整合强制戒毒资源》，《法制日报》2009 年 1 月 7 日。

专业戒毒技术支持，且戒毒措施和管理措施需要随毒情变化进行与时俱进的发展，制度创新是戒毒工作更重要的取向；另外，从云南省的经验来看，公安强制戒毒所和劳教工作承担戒毒工作的时间和发展历程基本一致，劳动教养戒毒制度没有呈现更明显的优势。支持此主张的另一个理由认为，公安机关既负责强制隔离戒毒的决定又负责强制隔离戒毒的执行，有“既当裁判又当球员”的嫌疑，这种观点的错误在于前提设定错位，没有准确把握行政机关执法的性质。行政法原理揭示，行政机关是法律的执行机关，依法作出行政决定不属于司法机关的裁判行为。以强制隔离戒毒制度为例，强制隔离戒毒的决定不具有司法裁判性，是一种典型的行政执法行为，公安机关履行强制隔离戒毒决定职能是执行性行为；强制隔离戒毒决定的依据是吸毒成瘾严重，这是一项科学的检验标准，公安机关行使强制隔离戒毒决定职权没有行政自由裁量权，因此，公安机关作出强制隔离戒毒的决定并不是“裁判”的角色。(3)原公安强制戒毒场所和原司法劳教场所共同转轨为强制隔离戒毒场所，对两个场所进行一定的分工。一种意见认为，由原公安强制戒毒场所执行强制隔离戒毒职能，原司法劳教场所承担劳动康复职能❶；一种意见认为强制隔离戒毒时限为三年，由公安原强制戒毒场所执行一部分时段，原司法劳教场承担剩余时段❷，对此种意见，笔者认为有一定合理性，可以减少两个机构在转轨过程中形成的僵持和摩擦，保证现阶段云南省构建强制隔离戒毒制度的进度。但是，这个方案只是暂时回避矛盾，同样是强制隔离戒毒场所，分属两个行政主管机关，长期实行，不利于强制隔离戒毒制度的规范化建设，也不符合《禁毒法》系统构建戒毒制度的立法意图。

由于历史原因导致的强制隔离戒毒场所面临选择公安强制戒毒场所和司法劳教场所的现状，不管是二选一、二合一或者选择维持现状，在现阶段都是一个两难选择。如果将原公安强制戒毒场所和原司法劳教场所两个机构进行简单相加，硬性合并，归属于一个行政机关主管，其不利之处在于，两个机构已经形成各自独立的风格、工作机制和文化氛围，短期难以真正有效

❶ 杨成兴、郝淑琳、龚万红：《对强制隔离戒毒场所管理体制的思考》，温州禁毒网，访问日期：2009 年 4 月 28 日。

❷ 杨成兴、郝淑琳、龚万红：《对强制隔离戒毒场所管理体制的思考》，温州禁毒网，访问日期：2009 年 4 月 28 日。

融合，势必造成运行不畅，形不成工作合力，工作效率低下，自有的优势反而成为发展障碍。如果是二选一，选定原公安强制戒毒场所作为强制隔离戒毒场所，或者选原司法劳教场所作为强制隔离戒毒场所，在现在还未形成合理和配套的机构改革方案的时机下，一是会造成一定的资源浪费，二是挫伤情感，增大了机构转轨和人事变动的摩擦，形成新的不安定因素，不利于安定团结。如果选择维持现状，两个机构共同负责强制隔离戒毒的执行，难以保证强制隔离戒毒制度的系统性，机构重叠设置，资源重复投入，工作步调和效果难以保持一致，还可能存在责任推卸和资源争夺等不利因素。

三、《禁毒法》颁布后云南禁吸戒毒模式构建

（一）自愿戒毒模式构建方案[1]

1.要充分认识自愿戒毒模式在吸毒者戒毒过程中的重要作用

自愿戒毒强调人的主观能动作用，戒毒不脱离真实社会环节，自愿戒毒机构的医疗技术和封闭式住院管理能让戒毒者更加安心和自由地接受治疗，受外界标签与污名化的影响较少。因此自愿戒毒在吸毒者戒毒过程中的作用是十分突出的。

此次调查中也表明吸毒者在多次戒毒过程中，大都选择过自愿戒毒。如对强制隔离戒毒学员是否自愿戒过毒方面的调查，共得有效样本 353 份，其中有 207 人选择了“是”，占 58.60%；146 人选择了“否”，即没有自愿戒毒经历，占 41.40%。在“您自愿戒毒次数”方面，选择一次的有 100 人，占 40.70%；选择两次的 61 人，占 24.80%；选择三次的 34 人，占 13.80%；选择四次的 23 人，占 9.30%；选择五次的 9 人，占 3.70%；选择六次以上的 19 人，占 7.70%。

对康复学员是否自愿戒过毒方面的调查显示：在 86 份有效样本中，就有 65 人选择了“是”，占 75.6%；21 人选择了“否”，即没有自愿戒毒经历，占 24.4%。在“您自愿戒毒次数”方面，选择一次的有 15 人，占 20.8%；选择两次的 18 人，占 25%；选择三次的 13 人，占 18.1%；选择四次的 11 人，占

---

[1] 从本部分开始是各戒毒子模式的具体构建意见。禁吸戒毒工作千头万绪，由于篇幅所限，不能逐一细化，只能针对各子模式现阶段建设中的关键问题提出研究建议。

15.3%；选择五次的2人，占2.8%；选择六次以上的13人，占18.1%。

2.充分利用各种家庭、地域、环境、文化、民族、宗教、社会控制手段等资源优势，因地制宜构建自愿戒毒者社会支持系统，并形成长效机制

林南认为，资源不但可以被个人占有，而且也嵌入社会网络之中，通过网络可以获取[1]。科尔曼（James Coleman）认为个人的社会网规模越大，异质性越强，其社会资本丰富；个人从社会网络摄取的资源越多，其社会资本越多[2]。Wellman 的观点："不同的网络关系提供不同类型的社会支持，因此，人为了保证生活需要大量的社会支持，就必须与多种多样的人保持社会关系。"[3]人们生活在各种网络中，通过社会网络获取资源。而且不同的网络提供不同的社会支持。

如陇川的金木玲模式，就是利用家庭情感支持系统戒毒；彝族的虎日禁毒模式，就是利用传统的文化、宗族情感系统戒毒；云南思茅（现普洱）民间戒毒模式就是运用"无毒品+无歧视+生产自救+劳动康复+灵魂重塑"的"帮教模式"构建环境支持系统。

在调查中我们还设计了"您的朋友中是否有人吸毒"问题，以考察吸毒人员同辈环境因素。调查显示，选择很多的为132人，选择不多的204人，选择没有、不知道的分别为27人、22人。可见吸毒人员的同辈环境因素较为恶劣，选择"有"的共有336人，占有效样本的87.30%。因此，我们在社会层面要采取加强毒品预防、打击零星贩毒等措施与手段以减少毒品需求、净化社会无毒环境。

在与家人关系方面，认为"很好"的113人，占29.70%；认为"比较好的"的35人，占9.20%；认为"一般"的117人，占30.70%；认为"不太好"的46人，占12.10%；认为"很不好"的14人，占3.70%；选择"无法回答"的56人，占14.70%。由此可见，吸毒者当前的家庭支持系统有待进一步加强。

3.严格准入制度，加强监督，建立制约机制

按照《禁毒法》第三十六条的规定，设置戒毒医疗机构或者医疗机构从

---

[1] 林南：《网络社会与社会资本》，载北京大学主编：《21世纪与中国社会学——庆祝北京大学社会学系建系20周年学术讲座论文集》，北京大学出版社2004年版。

[2] 肖鸿：《试析当代社会网研究的若干进展》，《社会学研究》1999年第3期。

[3] 贺寨平：《社会网络与生存状态》，中国社会科学出版社2004年版。

事戒毒治疗业务的资质条件，实行行业准入制度，戒毒治疗应当遵守国务院卫生行政部门制定的戒毒治疗规范，接受卫生行政部门的监督检查。戒毒治疗不得以营利为目的。戒毒治疗收取费用的，应当按照省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同卫生行政部门制定的收费标准执行。同时，公安、卫生等部门积极发挥职能作用，制定监督办法，确定检查标准，形成定期和不定期尿检等监督检查制度，并将监督结果与志愿戒毒机构的检审和评级挂钩，加强制约。

4.协议制度

根据吸毒人员自身特点，采取与吸毒者本人及家属签订戒毒协议的方式，规范对吸毒者的管理行为，防止自愿戒毒的个人的随意性与时限的短期性。

5.加强自愿戒毒机构的管理

制定《戒毒医疗机构管理规范》，对处方权、戒毒药物管理和发放、内部纪律、医患关系权利义务、医疗责任、监管等关键环节作出明确规定，并制定相应的违法违规责任。

6.建立报告制度

确定报告内容，详细记录戒毒人员每日活动、来访者情况、邮寄物、药物使用情况、遵守纪律、心理动态情况等内容，以日为单位向辖区派出所报告。

7.给予减免税、行业政策等扶持

政府对于社会开办的自愿戒毒医疗机构可以实施减、免税等一系列扶持政策。

8.解决美沙酮药物维持治疗存在的问题

建议有关部门长期跟踪，加强调研，科学评估美沙酮药物维持治疗的负面影响，以确定其有效性与合法性。

（二）社区戒毒、社区康复模式构建

1.按照《禁毒法》的相关内容，大力培植社区戒毒与社区康复

落实社区戒毒和社区康复的主管机构与编制，健全社区戒毒工作机构，尽快出台配套法规、规章等，使云南的社区戒毒与社区康复落到实处。根据《禁毒法》要求，结合地方实际，建立健全社区戒毒工作机构，规范政府各部门的职责，明确城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。在各级

党委、政府的统一领导下,禁毒办、公安、卫生、教育、司法、外经贸、文广新、工商、民政、社会保障等职能部门要对社区戒毒工作进行具体指导,逐步形成"以社区为基础、家庭为依托,政府组织领导,禁毒部门监管,相关部门指导,禁毒社工提供服务,社会力量共同参与"的工作格局。[1]

对于初次吸毒或初次被抓获的戒毒学员不应执行强制隔离戒毒,而应该列为社区戒毒或社区帮助的对象。《禁毒法》出台的最大亮点就是贯彻以人为本的人文精神,让戒毒者不脱离现实社会环境,充分利用社区各种资源帮助吸毒者戒毒。若将此部分群体列为强制隔离戒毒对象,一方面违反了《禁毒法》有关社区戒毒与强制隔离戒毒的相关内容,另一方面不符合以人为本的立法精神。在一般情况下,社区戒毒是强制隔离戒毒的前提,除非对吸毒成瘾严重和通过社区戒毒难以解除毒瘾的吸毒人员,公安机关才可以对其作出强制隔离戒毒的决定。

但在云南,除个别地区实现社区戒毒的试点之外,多数地州的社区戒毒还未真正着手开展,在这种情况下,若将吸毒人员放在社区戒毒,难以做到对吸毒人员实行有效的治疗与帮助,容易导致吸毒人员社会层面上的失控,因此,建议将此部分人放在强制隔离戒毒所里。同时尽快出台相关配套法规,在国家财政大力支持的前提下尽快培育与促进社区发展,落实社区戒毒各项措施,使云南的社区戒毒、社区康复真正做到有序运行、有效开展。

2.加强社会学理论在社区戒毒/康复领域中的研究与应用

(1)借鉴与总结国内外同伴教育与联合家庭治疗模式,有效开展社区戒毒。

(2)以亚文化理论为背景,着力研究不同吸毒群体亚文化理论产生的原因及现状等问题,寻求有针对性的治理措施。

(3)运用社会学习和差异性联合理论,充分认识与吸毒者个人关系最密切的群体及其对吸毒者行为、态度的影响,高度重视家庭、同伴、好友等群体正面功能与负面影响。

(4)运用社会控制理论,采取适当的引导与控制措施,重构吸毒者与家

---

[1] 吴庆全:《社区戒毒模式研究——基于苏州市社区戒毒的调查》,苏州大学硕士论文,2009年。

庭、组织、社会的正常关系，充分发挥各种组织的监督与防控功能，将个人吸毒及复吸的可能性降到最低限度。

3.加强社会工作、心理学理论在社区戒毒/康复领域中的研究与应用，着重戒毒人员心理矫治

（1）通用过程的理论模式

社会工作实务通用过程模式是一种用来协助个人、家庭、群体、组织和社区的基本程序和方法，是对助人行动的基本程序与方法的概括。即描述了一套助人的价值观、知识和技巧，用来说明社会工作的助人活动是由一套助人价值、知识和技术体系组成的实务方法引导的专业实践活动，包括社会工作中的微观实务，也涉及中观和宏观层面的实务。其理论依据是多元因素决定论，否定单一的因果论，强调个人、家庭、群体和社区问题的产生是多种因素共同作用的结果。在分析毒品吸食原因与寻求戒毒社会支持支援系统时，都可以运用通用过程模式进行分析与操作。

（2）心理社会治疗模式

“心理—社会”方法根植于多元因素决定论，是最接近传统社会工作实践的视角。“心理—社会”方法强调从社会与个人两方面来理解服务对象和他们的问题。

从这个视角出发，社会工作首先要辨识和评估吸毒者有关“心理”方面的情况（如人格、应对压力的策略、智能水平和自我功能）；然后要了解其社会状况和处境（如不幸家史、同辈关系状况和社会参与等）对滥用毒品问题的影响。所以，这个方法也被看作是一种“生理—心理—社会”视角的工作原则。

心理与社会治疗模式认为个体的发展受到生理、心理和社会三个方面因素的影响，而且这三个方面的因素又相互作用，共同影响服务对象的成长过程。因此，不能简单地把服务对象的问题视为由某个或某方面因素导致的，它是各种因素综合作用的结果。对于社区戒毒，心理与社会治疗模式可以借用系统理论的概念“人在情境中”，把吸毒者放到一定的社会环境中去认识，通过了解吸毒者所处的环境把握服务对象的问题。吸毒者所处的环境一般涉及家庭、亲属、邻里、朋友、学校和工作单位等。

心理与社会治疗模式对人际沟通十分重视，强调人际沟通会影响社区

戒毒对象的家庭关系和戒毒对象的社会角色的扮演，对戒毒对象的超我和自我的形成也起着十分重要的作用。心理与社会治疗模式认为，服务对象的自我功能的强度、自我防卫机制和知觉等都是影响其人际沟通技能形成的重要因素。

(3)危机介入应对模式

围绕吸毒人员在戒毒过程中产生的各种生理、心理危机，采用多种介入技巧，及时处理，针对限定的目标开展调适和治疗工作，在有限的时间内快速、有效地帮助社区戒毒者摆脱危机、输入希望、恢复自尊及培养自主能力等。

(4)行为治疗模式

对于吸毒者成瘾严重、行为异常等特点，分别以经典条件作用理论、操作性条件作用理论等社会学习理论，采用系统脱敏、满灌疗法(又称快速脱敏法)、厌恶疗法、模仿等进行放松与治疗。其特点是注重吸毒对象行为评估，关注吸毒对象行为修正，侧重修正行为效果的评估。

(5)人本治疗模式

在戒毒中强调人的主体性，尊重人的价值，推崇人的自我实现；强调人性本善、潜能无限与自我完善。这对戒毒人员提高认识与增强信心是大有裨益的。

4.大力培养、引进与应用禁毒社会工作者、社会志愿者、心理矫治师等社区戒毒人力资源，建立社区戒毒、社区康复的社会化参与机制

(1)社区帮教的规范化、制度化和经常化是确保社区戒毒、社区康复工作能够有序、有效运行的基础。而禁毒社会工作者、社会志愿者、心理矫治师等社区戒毒人力资源在此项工作中发挥着重要的作用。

吸毒人员因长期吸食毒品，导致失业、经济困难、家庭分裂、违法犯罪等。社会工作者主要是帮助戒毒者纠正改善认知行为偏差、拓展和修正环境、增强社会支持，最终达到助人自助的目的。在帮助吸毒者戒毒过程中，社会工作者承担多种角色，如帮助戒毒者寻找工作、落实户口、办理低保、获得社会帮助与理解等，他们不仅是教育者、协调者，还是呼吁者、倡导者。社会工作的微观功能包括治疗、发展和预防，宏观功能为维护社会公平和正义。禁毒社会工作者在帮助戒毒者戒毒的同时还要进行社会呼吁和倡导，

改变相关职能部门、社会一般人群对戒毒人员的歧视与偏见，促进社会公平正义。

社会志愿者在开展社区戒毒与社区康复中发挥着重要的作用。志愿者用自己的时间、自己的技能、自己的资源和自己的爱心为邻居、为社区、为学校、为农村、为工厂、为全社会开展多种形式的禁毒、戒毒宣传教育，营造宣传氛围提供无偿的援助行为，对于帮助吸毒者、感化吸毒者及净化吸毒环境都起到十分重要的作用。

社区戒毒、社区康复发展的内在动力来自于社区成员的参与，主要的服务领域是对吸毒人员开展矫治帮教工作。在工作过程中要以禁毒青年志愿者为核心，注意吸纳中老年、妇女参与志愿者工作，壮大志愿者队伍，促进社区戒毒与社区康复服务项目向长期化、固定化发展，服务队伍向普遍化、专业化发展，服务手段向多元化、社会化发展，运行机制向规范化、制度化发展。通过考核、评估，建立统一的管理、评比表彰制度，确保社区戒毒、社区康复志愿者工作的可持续发展。

现代科学研究表明，吸毒是一种慢性复发性脑疾病，具有复杂的心理学、生物学与社会学病因机制，应采取躯体、心理、社会康复等综合治疗的模式来进行治疗。而心理是行为的内在因素，行为则是心理的外在表现。要使人的行为得到持久的改变，就必须首先改变人的心理。因此，社会功能的康复也必须通过心理康复来实现，心理治疗是帮助戒毒人员彻底戒除毒瘾、恢复正常的社会功能的必要途径，是戒毒治疗的重要组成部分。针对戒毒人员心理依赖长期存在、戒毒信心和决心缺乏、责任感缺失、情感淡漠、人格偏离等诸多问题，心理矫治师的主要任务为：消除戒毒人员对毒品的心理依赖。矫治的重点在于通过一系列心理行为训练帮助戒毒者建立必要的条件反射，以相反的体验取代对吸毒的欣快体验，降低对吸毒体验的内驱力。例如通过系统脱敏法、放松疗法、想象厌恶疗法等方法进行厌恶性情绪治疗，形成对毒品的回避反射。

(2)培养戒毒人员的自我调控能力。要通过运动训练、情境模拟、角色扮演、自我反省、欲望节制、学会拒绝等一系列心理行为治疗帮助戒毒人员掌握摆脱毒品、回归社会所需要的各种心理和生活技能，增强戒毒信心，增强抵抗复吸的自我控制能力。

(3)纠正戒毒人员的人格偏差,改变吸毒人员已有的人格缺陷或障碍,恢复社会功能,延长操守时间,或终生戒断毒品。[1]

综述之,在社区戒毒、社区康复过程中要大力培养、引进与应用禁毒社会工作者、社会志愿者、心理矫治师等社区戒毒人力资源,建立社区戒毒、社区康复的社会化参与机制。

5.建立社区戒毒/康复舆论宣传机制,营造良好社会氛围

(1)政府各职能部门积极参与。相关部门要做好《禁毒法》的宣传和学习工作,这是贯彻实施《禁毒法》的重要前提和基础。各级政府和有关部门要有计划、分层次组织开展《禁毒法》的宣传和学习工作。要把宣传《禁毒法》作为禁毒宣传工作的重中之重,纳入年度普法工作计划,充分利用广播、影视、报刊、网络等媒体,集中一段时间向全社会开展《禁毒法》宣传教育,推动《禁毒法》进学校、进单位、进社区、进农村、进家庭、进场所的"六进"活动。各级禁毒办、公安、教育、民政、司法、外经贸、文广新、卫生、工商等部门要对相关工作人员、禁毒志愿者、从事社区戒毒和社区康复的禁毒社会工作者,以及易涉毒重点行业和场所从业人员、戒毒人员等,组织开展形式多样的学法活动,确保相关工作人员和重点人员熟悉掌握《禁毒法》的内容。

(2)非政府组织和社会热心人士积极参与。戒毒宣传也需要社团、企业、媒体和学校等非政府组织和志愿者等社会热心人士的共同参与。企业可以建立预防和宣传机制。

(3)家庭和社区积极参与。家庭是社会的基本细胞,也是预防吸毒和社区戒毒的基本细胞。吸毒个人与家庭成员生活紧密相关,搞好家庭教育的意义非常重大,在一定程度上决定着戒毒工作的成败。家庭中的亲情关系对戒毒者的影响是巨大的,家庭的温暖与鼓励,是戒毒者下定决心走出阴霾的不竭动力,时刻像一盏明灯,照亮着戒毒者的心灵。因此家长应注意自己的形象,以身作则,关心家庭戒毒成员的感受,关注他们的身心健康,帮助他们树立正确的世界观、人生观和价值观。对他们进行戒毒宣传教育,配合社工对戒毒成员的帮教工作,确保其真正拒绝毒品、远离毒品。社区是戒毒者接受戒毒的主要场所,对社区戒毒者来说,他们每天的主要活动都要在社

---

[1] http://www.qilufeng.com/html/37/n-3237.html。

区中进行。因此,社区中的禁毒宣传工作自然就是十分重要的一环。社区除了要对戒毒者提供物质上的帮助外,还要提供精神上的援助,满足社区戒毒者精神生活的需要。

社区可以为禁毒宣传提供活动场地,联合禁毒社团、媒体等进行多种形式的禁毒宣传,教育社区居民树立正确的对待戒毒人员的观念,介绍与社区戒毒人员就业、就学、生活等相关的政策、法规等信息。社区还可以协助戒毒人员建立各种兴趣小组,丰富戒毒人员的业余生活,培养起戒毒人员生活的兴趣。

6.确定社区康复工作重点与难点

(1)从强制隔离戒毒所出来后的半年内为社区康复实施社会帮教的重点时间段。在"戒毒(或出所)后到复吸间隔时间最短的是……"的问题中,选择半年以上的累积百分比为74.1%。其中,选择1个月内复吸的累积百分比为49.8%(见表6-2)。因此,戒毒出所后半年内复吸概率大,尤其是一个月内的更大。很明显,这是我们开展帮教工作防止其复吸的最有效、也是最需要的一个时期,较之于社区康复的三年期限,特将这段时期称为社区康复实施社会帮教的重点时间段。

表6-2 戒毒(或出所)后到复吸间隔时间最短的是

戒毒(或出所)后到复吸间隔时间最短的是	频 数	百分比	累计百分比
5天以内	62	20.1	20.1
5—15天	38	12.3	32.4
15天至1个月	54	17.5	49.8
1个月至6个月	75	24.3	74.1
6个月至1年	38	12.3	86.4
1年以上	42	13.6	100
合 计	309	100	

(2)消除出所后朋辈群体消极负面影响、构建家庭积极正面影响是社区康复实施社会帮教的重点内容与难点

戒毒人员出所后选择复吸的最主要原因为"受吸毒朋友的影响",共150人,占有效样本258份的58.14%。且"戒毒后第一次复吸的场所"调查

中,选择在“朋友家”的161人,占有效样本333份的48.3%。因此,戒毒学员出所后如何面对以往的吸毒朋辈群体,如何树立正确科学的朋友观等显得十分重要,其最终目的是如何消除朋辈群体消极负面影响,防止戒毒学员偷嘴复吸等。

在构建家庭积极正面影响方面,一方面是在“您觉得在戒毒过程中谁对您帮助较大”选项中,选择父母或家人的169人,占有效样本309份的54.7%。另一方面在“在戒断过程中您最想获得哪些帮助与支持”问题上,共得有效样本298份,其中选择“家人的亲情支持关心”的137人,占46.0%,选择“关爱、不歧视的环境为98人,占32.9%”。两者累计达78.9%。可见,无论在戒毒实际过程中,还是在戒毒期望值过程中,家庭的积极正面影响日益凸显。因此,消除朋辈群体消极负面影响、构建家庭积极正面影响是社区康复实施社会帮教的重点内容。但在现实中,如何处理、协调戒毒学员与朋辈群体及家庭成员的关系等,涉及诸多方面,因而其也是社区康复实施社会帮教的难点。

(3)创设就业机会,解决就业问题,加强社会融入能力

吸毒成瘾具有顽固性,吸毒人员屡戒屡吸,最终贫困潦倒、妻离子散,被社会和家庭遗弃,成为社会的边缘人群。具体分析,吸毒人员完成生理脱毒并不困难,导致复吸的主要原因是吸毒的强烈心理依赖,加上吸毒人员人格偏差,生活、工作技能等适应社会生活的能力极度低下,既缺乏工作技能也难以获得工作机会,恶性循环使吸毒人员戒毒后仍然不能回归社会生活、融入社会。社区戒毒和社区康复模式是戒毒人员回归社会的桥梁,要在戒毒人员工作安置、就业方面积极想办法,通过社区自行创设或联动社区内企业或其他岗位,切实为吸毒人员提供生产劳动、生活学习和安全生存平台,使戒毒人员获得就业机会,学有所长、自食其力,逐步建立社会责任感,在努力工作和正常生活的过程中不断坚定彻底戒毒的信心,真正融入社会。

(三)构建强制隔离戒毒模式

1.资源整合问题

针对云南省禁毒斗争的实际情况,强制隔离戒毒场所由公安机关负责主管是保证充分发挥优势的方案。但是,鉴于目前人事、机构改革等各项配套方案还不到位,建议云南省强制隔离戒毒场所建设分两步走:

(1)在目前强制隔离戒毒制度建设初期,仍然维持强制隔离戒毒由公安机关和司法劳教机构共同执行的现状。保持两个机构各自负责的各项戒毒工作正常开展。同时,在省委、省政府及省禁毒委的统一领导下,明确云南省强制隔离戒毒的执行机关是公安机关,并积极稳妥地制定劳教机构改革方案等相关配套制度,利用司法行政部门的其他执行制度,逐步实现机构和人员的撤转消化。确定机构改革时间表,在思想、情感、硬件资源等各方面做好机构转轨准备。

(2)待时机成熟,实现平稳转轨。由公安机关全面负责强制隔离戒毒制度建设,统一由公安机关负责强制隔离戒毒的执行。同时,规范公安机关强制隔离戒毒所的建设,进一步按照科学布局建设的方针进行整合,具体方案为:重点建设中心所,拟建一个省级强制隔离戒毒中心所,各地州市级建一个中心所,县级行政区划原则上不设强制隔离戒毒场所。强制隔离戒毒场所按照《禁毒法》规定完善内部管理、道德和法制教育、生理脱毒治疗、康复训练和职业技能培训各环节工作,制定有效的经费和人员保障制度,加强执法监督,健全强制隔离戒毒场所戒毒人员的法律救济途径。帮助戒毒人员戒除毒瘾、重返社会。

2.强制隔离戒毒的期限问题

《禁毒法》颁布以前,根据国务院《强制戒毒办法》第六条规定:强制戒毒期限为3至6个月,延长强制戒毒期限实际执行不超过1年。期限届满这些戒毒人员将面临解除强制戒毒而放置社会。实践中这部分人员复吸率很高,尽管生理依赖性能戒除,但心理依赖却不可能根除,再加上强制戒毒对抗性较强,效果也不乐观。多次进所的情况比例很大,给社会安定带来较大的隐患。

《禁毒法》规定:强制隔离戒毒的期限为两年,但同时规定执行强制隔离戒毒一年后,经诊断评估,对于戒毒情况良好的戒毒人员,强制隔离戒毒场所可以提出提前解除强制隔离戒毒的意见,报强制隔离戒毒的决定机关批准。对于需要延长强制戒毒期限的,强制隔离戒毒的期限最长可以延长一年。也就是说,强制隔离戒毒的两年期限不是固定的,而是根据不同特点的戒毒人员的实际情况,具体执行一年至三年的不同戒毒期限。

本次调查结果显示,较之康复学员,戒毒学员普遍觉得强制隔离戒毒两年期限太长。

表 6-3 您愿意待在强制戒毒所戒毒吗

您愿意待在强制戒毒所戒毒吗	频 数	百分比
不愿意	201	76.7
愿 意	40	15.3
无所谓	12	4.6
合 计	253	96.6

表 6-4 您不愿意待在强制戒毒所的原因

您不愿意待在强制戒毒所的原因	频 数	百分比
时间太长	107	69.5
不自由	7	4.5
条件太差	3	1.9
管理方式不好	6	3.9
强戒所是大染缸，会受其他人的不良影响	29	18.8
其 他	2	1.3
合 计	154	100.0

根据《禁毒法》相关内容，虽规定了一至三年的期限，但其一年提前出所与延长出所的评估标准、评估方式、评估主体等尚未出台，大多数戒毒所的戒毒学员一年期限到后并没有真正进行评估，仍关在强制隔离戒毒所，实际执行的期限仍是两年。

由于场所管理的封闭性与社会发展的快速性，戒毒者封闭的时间越长，其适应社会的能力越差，回归社会的难度越大，心理的障碍会越多。

鉴于上述理由，建议强制隔离戒毒期间要设置阶梯，将一至三年的期间分解为一年、两年、三年的三个档次，把大部分吸毒者列为一年期满出所的情况；吸毒年限较长、戒毒次数较多、戒毒效果不太好的执行两年的戒毒期限；吸毒年限长、戒毒次数多、戒毒效果很不好、多次违反管理规定的执行三年戒毒期限。其吸毒年限、戒毒次数的标准待进一步研究确定。

3.重视技术培训，提高劳动技能

《禁毒法》规定，根据戒毒的需要，强制隔离戒毒场所可以组织戒毒人

员参加必要的生产劳动,对戒毒人员进行职业技能培训。在强制戒毒中,要重视和加强戒毒人员的技术培训,可成立各种技能培训班,通过“一带三”的方式,让技术能手在出所前,带出几个徒弟、技术能手,为戒毒人员出所回归社会谋生就业创造条件,走出戒断容易、巩固难的困境。

4.健全管理制度,完善人性化措施,提高戒毒人员满意度

对入所戒毒人员,实施生理戒断、心理矫治、康复劳动三步走的戒毒方式。严格把好入所、出所检查关、探视关、清监关,“打击牢头狱霸”关、防外逃和闹事关。实施早晚点名、24 小时值班、巡视和领导查岗制度,建立处置突发事件的预案机制;定期召开强制戒毒人员的思想情况分析会,有针对性地做好强制戒毒人员的思想教育工作。应将全所建设、发展的各种文件、图片等材料统筹收集归档,对入所人员实行一人一档制,建立起一整套执法基础台账,对戒毒人员实行逐人档案管理,同时要严格财经管理,提高戒毒资金的使用效益;对未成年人、传染性疾病等人员分别制定管理措施和医疗方案,建立麻醉药品、精神药品管理和使用制度以及麻醉性药品的容器和包装材料的专人管理、监督销毁管理工作机制。

5.巩固戒毒效果,落实帮教措施

加强戒毒宣传、心理矫治、戒断巩固的教育帮教工作,应制订出切实可行的学习、教育和康复计划,可采取集中听课、个别谈话、社会帮教、亲友规劝、现身说法等多种形式对强制戒毒人员进行心理矫治,组织强制戒毒人员参加毒品基本知识和禁毒法律法规的学习、考试。每位管理民警应对分管的强制戒毒人员进行谈话教育,建立谈话记录;对老弱病残的学员,在本人申请、家属同意的基础上,可以给他们两年的基本救治和关爱,这样可解决长期困扰禁毒工作的瓶颈性难题。为巩固戒毒效果,对期满出所的戒毒人员应建立出所通知所在辖区公安基层部门工作机制,相互配合落实帮教措施。

6.实行分类管理,加强吸毒者心理矫治

根据吸毒的种类、吸毒年限、戒毒次数等标准,实行分类治疗与管理。警察队伍建设也要适应分类管理的需要,满足差异执法的要求。

针对当前强制隔离戒毒所心理矫治专业人才缺乏的实际与学员对心理康复的满意度不高的调查结果及心理治疗在戒毒过程中的重要作用,我们

必须进一步加强心理治疗，努力提高强制隔离戒毒效果。一是要大力引进心理学、社会工作等专业人才，根据吸毒人员的多少确定专业矫治师的数量。二是依托云南各高校心理学专业这一平台，建立心理学实习基地。一方面让高校的学生能掌握戒毒心理矫治的第一手材料，另一方面可以缓解戒毒所心理矫治师严重匮乏的实际情况。三是加强培训。一名成功的心理咨询师必须具备多学科知识，并根据形势变化需要提高技能。为此，我们要大力加强培训，以心理治疗理论为基础，关键是实际技能的掌握和运用，所以要积极创造条件，让心理矫治人员参加各级各类心理治疗技能培训。要制订完整的培训计划，统筹安排培训的内容和时间，选择恰当的培训方式，不断提高业务技能。还要充分发挥“传、帮、带”的作用，外出培训人员回来要当好“二传手”，使更多的人员得到学习的机会，同时也使自己所学的知识和技能得到巩固和深化。培养和造就出不同领域的专家型人才，提高队伍的层次。

7.对于强制隔离戒毒所患有传染疾病的戒毒者实行隔离治疗，加强管理人员的自我保护培训

对于强制隔离戒毒所患有传染疾病的戒毒者实行隔离治疗，应在强制戒毒所内有条件地隔离治疗。从实践情况分析，采取所外限期戒毒效果不佳，存在很大的风险性。因此，须在资金上加以支持完善隔离治疗场所的建设，对患者提供必要的关心和帮助及严格管理，使这些特殊人群不流入社会，从而减少社会风险。法律、法规及政策应对这部分高危人群在“隔离治疗场所”戒毒治疗过程中的责任加以明晰。

由于戒毒所管理属于高危行业，对干警的身心健康构成极大的威胁。因此，应加强对其进行艾滋病知识、防治艾滋病法律等的教育，在设施建设上注意民警与处于窗口期艾滋病感染者的屏蔽。管理者对吸毒、艾滋病及其患者存在的不良心态，都不利于管理教育工作的开展，不良心态的产生来源于对艾滋病的恐惧，要克服这种恐惧，就必须对在生活、生产和教育三大现场直接接触携带艾滋病病毒吸毒人员的民警职工进行系统的防治理论和方法的培训，通过教育培训，使管理人员做到不惧怕、不蛮干、不冒险，以良好的心态对待被管理人员中的携带艾滋病病毒者，严格按照戒毒管理工作政策，依法、文明、科学地对管教对象进行管理教育。

参考文献

一、著作类

1.崔敏主编:《毒品犯罪发展趋势与遏制对策》,警官教育出版社 1999 年版。

2.于燕京、张义荣、莫关耀主编:《禁毒学》(上、下册),群众出版社 2005 年版。

3.张义荣主编:《禁毒学》,群众出版社 2007 年版。

4.张义荣主编:《禁毒学》,中国人民公安大学出版社 2007 年版。

5.任克勤主编:《新型毒品犯罪研究》,中国人民公安大学出版社 2009 年版。

6.O.瑞、C.科塞著,夏建中等译:《毒品、社会与人的行为》,中国人民大学出版社 2001 年版。

7.杨凤瑞主编:《新型毒品防范手册》,法律出版社 2005 版。

8.师建国主编:《成瘾医学》,科学出版社 2002 版。

9.香港保安局禁毒处:《青少年毒品问题专责小组报告》,2008 年。

10.香港保安局禁毒处:《2007 — 2010 香港禁毒及反毒报告书》,2010 年。

11.澳门特别行政区政府社会工作局:《澳门禁毒报告书 2010》,2011 年。

12.梁成安、裴先慧:《澳门在学青少年与药物之跟进调查 2010 报告》,2011 年。

13.台湾地区行政院卫生署食品药物管理局:《100 年度“药物滥用案件暨检验统计资料”年报》,2012 年。

14.陈为坚、萧朱杏、陈端容、丁志音、李景美、林乔祥、杨明仁、赖德仁、严正芳、陈娟瑜:《青少年非法药物使用调查(III)》,载台湾地区行政院卫生署管制药品管理局委托研究计划期末报告书,2006年版。

15.陈娟瑜、杨士隆、陈为坚:《物质滥用之社会问题》,《台湾的社会问题》2010年版。

16.Muisner, Philips P., *Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse*, Sage Publications, 1993.

17.台湾地区法务部:《青少年滥用药物问题之研究》,法务部犯罪问题研究中心1982年版。

18.杨士隆、李宗宪:《青少年药物滥用问题与防治对策》,载杨士隆、李思贤等著:《药物滥用、毒品与防治》,台湾:五南出版社2012年版。

19.高金桂:《青少年滥用药物与犯罪之研究》,台北:文景1984年版。

20.香港特别行政区政府主编:《香港毒品问题白皮书》,香港政府印务局1959年版。

21.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《香港禁毒报告书1982》,香港政府印务局1982年版。

22.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《香港禁毒报告书1999》,香港政府印务局1999年版。

23.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《青少年毒品问题专责小组报告》,2008年。

24.Cheung, Y.W.*A brighter side: protective and risk factors in the rehabilitation of chronic drug abusers in Hong Kong*, Hong Kong: The Chinese University Press, 2009.

25.李思贤、王荣德、王博恩、王永卫、方启泰、任全钧、武维馨、陈耀谦、游锦云、郑保志、刘宜廉:《台湾北部地区美沙酮替代疗法实施背景、成效及成本效益:三年期追踪研究》,台北:卫生署,2010年。

26.台湾地区教育部:《教育部"防制学生药物滥用三级预防"实施计划》,2005年。

27.台湾地区教育部:《教育部中程施政计划(99至102年度)》,台北:2010年。

28.杨士隆、吴志扬、李宗宪、林秝桢、陈竹君、李育政、程国峰、萧佳心:《青少年药物滥用防制策略评析》,台湾地区行政院研考会,2009 年。

29.台湾地区卫生署疾病管制局主编:《美沙酮替代疗法治疗指引》,2007 年。

30.姜佐宁主编:《毒品的危害与防治》,中国社会科学出版社 1998 年版。

31.马模贞主编:《中国百年禁毒历程》,经济科学出版社 1997 年版。

32.苏智良主编:《中国毒品史》,上海人民出版社 1997 年版。

33.齐磊,胡金野:《中国禁毒史》,甘肃人民出版社 2004 年版。

34.马模贞主编:《中国禁毒史资料》,天津人民出版社 1998 年版。

35.王景荣主编:《中华禁毒史略》,四川人民出版社 1997 年版。

36.王金香主编:《中国禁毒史》,上海人民出版社 2009 年版。

37.王宏斌主编:《禁毒史鉴》,岳麓书社 1997 年版。

38.张绍民主编:《禁毒大视角:毒品的种类和危害》,中国人民公安大学出版社 2004 年版。

39.汤家麟主编:《当代国际禁毒知识手册》,云南大学出版社 1996 年版。

40.韩丹:《吸毒人群调查》,江苏人民出版社 2007 年版。

41.林南:《网络社会与社会资本》,载北京大学主编:《21 世纪与中国社会学——庆祝北京大学社会学系建系 20 周年学术讲座论文集》,北京大学出版社 2004 年版。

42.Charles R.Carroll, *Drugs in Modern Society*, Wm.c Brown Publish, 1985.

43. Goode E., *Drugs in American Society*, the McGraw-Hill Companies Inc, 1998.

44. Grund, Jean-Paul C., *Drug Use as a Social Ritual*, *Rotterdam*: Institutevoor Verslavingsonderzoek, 1993.

45.台湾地区行政院研究发展考核委员会编印:《毒品防制政策整体规划报告》,1997 年 12 月。

46.UNODC, *2011 World Drug Report*, 2011.

47.贺寨平:《社会网络与生存状态》,中国社会科学出版社 2004 年版。

二、期刊类

1.施志茂、陈怡助:《毒品及滥用物质之危害与防治》,《稻江学报》第1卷第2期。

2.杨丽君:《吸毒及其相关概念》,《云南公安高等专科学校学报》2002年第4期。

3.马俐华:《内地与香港毒品犯罪之立法例分析比较》,《云南大学学报法学版》2007年第1期。

4.艾明:《香港与内地毒品犯罪量刑比较研究》,《政法学刊》2006年第3期。

5.郝伟:《吗啡依赖的神经可塑性》,《国外医学精神病学分册》2003年第30卷第2期。

6.刘志民,连智,刘锐志等:《昆明北京两地不同戒毒机构戒毒治疗基本情况的流行病学调查》,《中国药物滥用防治杂志》2005年11月。

7.Brantingham,P.J.and Faust,F.L.,"A conceptual model of crime prevention",*Crime and Delinquency*,1976,Vol.22,No.3.

8.周愫娴、廖钊诘:《以证据为基础之政府反毒教育倡导成效》,《犯罪防治学报》2010年第11期。

9.张仁鸿、王裕惟、苏世斌:《美沙酮之临床用途及副作用》,《家庭医学与基层医疗》2009年第24卷第7期。

10.陈乃钏、杨延寿、李之微:《美沙酮替代疗法》,《基层医学》2009年第24卷第2期。

11.吕秀莲、刘艳秋:《清朝的禁烟政策与鸦片贸易合法化问题述论》,《北方论丛》1998年第2期。

12.郭红娟:《试析林则徐的禁烟思想》,《洛阳师范学院学报》1997年第3期。

13.苏智良、刘晓红:《百年前的上海万国禁烟会议》,《百年潮》2009年第2期。

14.王宏斌:《民国初年禁烟运动论述》,《民国档案》1996年第1期。

15.黄清和:《民国时期的禁毒运动》,《湖南档案》2000年第4期。

16.姚群民:《建国初期的禁烟毒运动及其历史启示——兼议南京国民

政府禁烟失败的教训》,《南京晓庄学院学报》1999 年第 3 期。

17.褚宸舸:《我国禁毒立法的历史演进(1949—1998)》,《江苏警官学院学报》2008 年第 2 期。

18.朱丽娅:《吸毒者常见的人格特点及心理疗法在戒毒过程中的应用》,《齐齐哈尔医学院学报》2002 年第 5 期。

19.Yi-lang Tang et al,"Opiate addiction in China:current situation and treatments",*Addiction*,2006,Vol.101 No.5,pp.657-665.

20.杨苏群:《打击外流贩毒活动的几点思考》,《新疆警官高等专科学校学报》2005 年第 3 期。

21.夏国美:《社会学视野下的禁毒研究——青少年吸毒问题调查》,社会科学,2003 年第 10 期。

22.夏国美:《青少年滥用毒品的成因与禁毒教育模式的转变》,《青少年犯罪问题》2006 年第 2 期。

23.唐斌:《社会工作专业干预下的同伴教育——以上海市 P 镇"女性戒毒沙龙"为例》,《青少年犯罪问题》2008 年第 6 期。

24.张西:《吸戒毒群体现状调查——以北京市戒毒中心戒毒人员为对象》,《中国人民公安大学学报(社会科学版)》2009 年第 1 期。

25.肖鸿:《试析当代社会网研究的若干进展》,《社会学研究》1999 年第 3 期。

26.王登峰、崔红:《吸毒者的人格特点分析》,《中国药物依赖性杂志》2003 年第 3 期。

27. Joshi, Vandana Grella, Christine E., "Drug Abuse and Treatment Initiation Patterns:Differences by Birth Cohorts",*Journal of Drug Issues*,2001, Vol.31,Issue 4.

28. Riley, Sarah C. E., "Patterns, Trends, and Meanings of Drug Use by Dance-drug Users in Edinburgh, Scotland", *Drugs: Education, Prevention and policy*,2004,Vol.11,Issue 3.

三、网络类

1.香港特别行政区政府主编:《2009 至 2010 年施政报告——策创新

天》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.policyaddress.gov.hk/09-10/。

2.香港特别行政区政府主编:《2010 至 2011 年施政报告——民心我心同舟共济　繁荣共享》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.policyaddress.gov.hk/10-11/index.html。

3.香港青年协会主编:《香港青年协会 2009—2010 年报》,2010 年 12 月 18 日见 http://www.hkfyg.org.hk/chi/about_us/annual/09-10annual_report/index.html。

4.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《香港戒毒治疗和康复服务第五个三年计划(2009—2011)》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.nd.gov.hk/tc/fifth_three_year_plan.htm。

5.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《大埔区校园验毒试行计划(2009 至 2010 学年)评估研究》,2010 年 12 月 18 日,见 http://www.nd.gov.hk/tc/school_drug_test_evaluation.htm。

6.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《健康校园新一代　学校禁毒资源套》,2010 年 12 月 19 日,见 http://antidrug.u21.hk/index.php。

7.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《香港赛马会药物信息天地》,2010 年 12 月 12 日,见 http://www.nd.gov.hk/tc/druginfocentre.htm。

8.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《香港为吸毒者而设的治疗及康复服务分级多模式架构》,2010 年 12 月 12 日,见 http://www.nd.gov.hk/pdf/tiered_chi.pdf。

9.香港特别行政区政府保安局禁毒处主编:《药物滥用资料中央档案室及毒品统计字》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.nd.gov.hk/tc/statistics_list.htm。

10.禁毒常务委员会主编:《禁毒常务委员会三十五周年纪念》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.nd.gov.hk/tc/report_acan_21st_century.htm。

11.联合国毒品和犯罪问题办公室主编:《世界毒品报告 2009》,2010 年 12 月 10 日,见 http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_Summary_Chinese.pdf。

12.李睿:《萨提亚治疗:一种基于家庭治疗的心灵成长模式》,2009 年 05 月 17 日,见 http://heal.cpst.net.cn/xlgw/zwbl/2009_05/242548609.html。

四、报纸类

徐晓梅、李辉:《我省开展禁毒人民战争综述》,《云南日报》2005 年 6 月 27 日。

五、论文类

1.杨士隆、曾淑萍、李宗宪、谭子文:《药物滥用者人格特质之研究》,药物滥用与犯罪防治国际研讨会,台湾“国立”中正大学、“国立”成功大学 2010 年主办。

2.阮惠风:《云南新型毒品滥用与控制的实证研究》,中国人民大学博士论文数据库。

3.周孙元:《美沙冬替代疗法治疗海洛因成瘾之成效及影响治疗持续性之相关因子探讨》,载《社团法人台湾成瘾科学学会 2009 年年会暨学术研讨会摘要集》,社团法人台湾成瘾科学学会 2009 年版。

4.陈建坊、简以嘉、唐心北、李文光、江明泽、谭秀芬、司彦翔:《分别以美沙冬和丁基原啡因为药瘾戒治替代疗法之成本效益分析》,载《社团法人台湾成瘾科学学会 2009 年年会暨学术研讨会摘要集》,社团法人台湾成瘾科学学会 2009 年版。

5.鲁刚:《边疆民族地区在构建和谐社会进程中的社会稳定问题研究》,国家社科规划办结题课题,2008 年。